This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

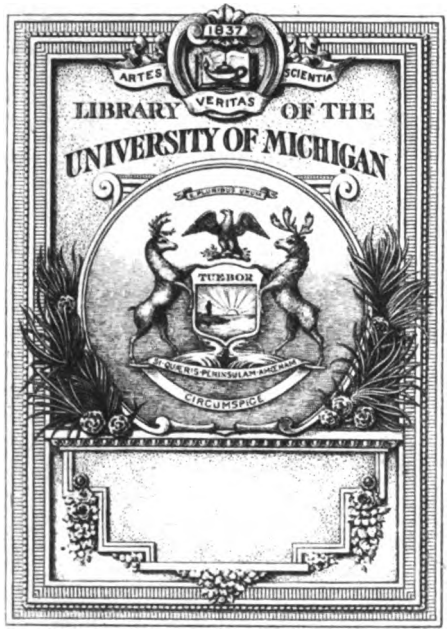
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 9015 00217 665 2
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
R46
S41
M5

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire
de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ARROU, BALZER, BARTH, J. BEX, BOURGES, BRINON (DE), BROCA, CART, CHAUFFARD, DASTRE, DEBOVE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, FRENKEL, GALLIARD, GIRAUDEAU, GRANCHER, R. JAMIN, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LEFLAIVE, H. LEROUX, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSNY, NICOLAS, OZENNE, CH. PÉRIER, PORAK, J. RENAUT, RETTERER, RICHELOT, RICKLIN, ROBINEAU, ROHMER, F. TERRIER, THIBIERGE, TISSIER, VEAU, VERCHÈRE, VINCENT, WALTHER, WINTER.

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

TOME L

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1897

Digitized by Google

Digitized by Google

Med.
Moorthamer
1-27-25
833

SOMMAIRE DU N° 3

TOME L

ANATOMIE.

Système nerveux, *Schaffer*, 1; *Marinesco Veratti*, 2; *Catois*, *Staderini*, 3; *Thomas*, *Gehuchten*, 4; *Westphal*, 5; *Kamkoff*, 6.— Tissu conjonctif, *Loisel*, 7; *Flemming*, 8. — Tissu adénoïde, *His;* corps ciliaire, *Agababow*, 9; *Guttman*, 10. — Rétine, *Elinson*; glandes lacrymales, *Laffay*, 10. — Bourgeons gustatifs, *Ebner;* glande thyroïde, *Streiff*, 11. — Trachée, *Heller*, *Schrötter;* pancréas, *Pugnat*, 12. — Intestin, *Kultschitzky*, 13. — Rein, *Ruhe*, 14. — Glandes de Tyson, *Sprunck;* testicule, *Lenhossek*, 15. — Articulations du rachis, *Trolard*, 16.— Protoplasme, *Hammar*, 17.

PHYSIOLOGIE.

Système nerveux, *Borichpolski*, 17; *Sakowitch*, *Tissot*, *Contejean*, *Prévost*, *Radzikowski*, 18; *Broca*, *Richet*, 19.— Système vasculaire, *Binet*, *Vashide*, *Hamburger*, *Maurel*, 20; *Eger*, *Langendorff*, 21; *Muskens*, *White*, *Horweg*, *Van de Velde*, 22; *Hamburger*, *Franck*, *Delezenne*, 25; *Amitin*, 24.— Muscle, *Chauveau*, 26; *Cherechewski*, 26. — Locomotion, *Bergonié*, *Barrier*, 26. — Thyroïde, *Moussu*, *Gley*, *Tou neux*, *Verdun*, 27. —Goût, *Hoffmann*, *Runzel*, 28. — Digestion, *Pfeider Verhaegen*, 28; *Mage*, *Tsuboï*, *Buecker*, 29. — Lumière, *Loeb;* vision, *Lohnstein*, *Mermet*, *Broca*, 30; *Kries*, 81. — Nasonnement, *Saenger*, 31. — Attitudes, *Lœwy;* protoplasme, *Kuehne*, 32; *Schenck*, *Roux*, 33. — Hyperémie actonée, *Jacquet*, *Butte*, *Dastre*, 33.

Digitized by Google

CHIMIE MÉDICALE.

Liquide rachidien, *Nawratzki ;* chimisme gastrique, *Caporalli*, *Simonelli*, *Vauthey*, 34. — Urines, *Iljisch*, 35. — Urine de la grossesse, *Dobrowolski* ; urine typhique, *Smith ;* phosphore de l'urine, *Cecoci*, 36.— Urine goutteuse. *His ;* formol dans l'urine, *Nebelthau ;* phénols de l'urine, *Amann*, 37. — Peptone de l'urine, *Bogomolow ;* élimination rénale, *Kossowski*, 38. — Graisse du chyle, *Michaelis ;* fer du foie, *Guillemonat ;* hémosidéros, *Regaud*, 39. — Chitine, *Zander* ; lipase, *Hanriot*, *Camus ;* graisse de la viande, *Zuntz*, *Bogdanow*, 40. — Mucus des fèces, *Schmidt* ; azote du sang, *Regnard*, *Schlœsing*, *Bohr*, 41. — Diphtérie, *Marenghi ;* leucémie, *Svenson*, 42.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cicatrisation et plaies de la cornée, *Ranvier*, 43 et 44. — Pneumonie, *Cornil*, *Marie*, *Claisse*, *Josué*, 45. — Tuberculose, *Askanasy ;* artérites, *Brault*, 46. — Inflammation des vaisseaux, *Cornil*, 47. — Splénomégalies, *Charrin*, *de Nittis ;* paralysie faciale, *Flatow*, 48. — Lésions nerveuses, *Marinesco*, *Korolew*, *Young*, 49 ; *Lévi*, *Féré*, 50. — Cancer, *Williams*, 51. — Myélome, *Malherbe ;* myomes, *Rossi*, 52. — Tératologie, *Féré*, *Neugebauer*, 53.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Bactéries et toxines, *Charrin*, *Arloing*, *Riche*, 54 ; *Charrin*, *Mangin*, *Teissier*, *Guinard*, 56. — Sérums, *Dumarest*, 56 ; *Delezenne*, *Héricourt*, *Richet*, 57 ; *Roger*, *Josué*, *Chenu*, *Charrin*, *de Nittis*, 58.— Pneumocoque, *Eyre*, *Washbourn ;* peste, *Kolle ;* tuberculose, *Maskutow*, 59. — Diphtérie, *Brieger*, *Boer*, 60 ; *de Martini*, *Nicolas*, *Claude*, 61 ; *Peters*, 62. — Streptocoque, *Neufeld*, *Petruschky*, 63. — Proteus, *Gailliard ;* blastomycètes, *Sanfelice*, 64. — Mycose, *Brault*, *Rouget*, 65. — Pneumonie, *Kohn*, 66.—Typhoïde, *Chantemesse*, *Courmont*, 67.— Aphte, *Bussenius*, *Siegel ;* charbon, *Phisalix*, 68. — Choléra, *Widal*, *Sicard*, *Renon*, *Kolle*, 69. — Rage, *Frantzius* ; maladie d'Addison, *Boinet ;* vaccine, *Salmar ;* tétanos, *Blumenthal*, 70. — Dysenterie, *Janowski ;* embolie, *Clintock*, *Perkins*, 71. — Ligature, *Cornil*, 72. — Péritonite, *Durham ;* occlusion intestinale, *Makletzow*, 73.— Bacilles de l'estomac, *Dauber ;* urémie, *Krokhow ;* tricorrexis, *Markusfeld*, 74. — Thyroïde, *Rouxeau*, *Gley*, 75.

Digitized by Google

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Spartéine, *Scofone*, *Battistini;* atropine. *Binz*, 75. — Cocaïne, *Vinci;* pilocarpine, *Doyon;* ferments, *Bourquelot;* laurier, *de Vevey*, 76. — Pipéridine, *Tunnicliffe;* phloridzine, *Hédon;* antispasmine, *Drechsel*, *Scharer;* thyroïdine, *Voit*, 77.— Seigle, *Jacoby;* pyramidon, *Filehne*, *Spiro;* nutrose, *Stuove*, 78. — Iode, *Podgorny;* gomme, *Franck*, 79. — Empoisonnements, *Kopetzki*, 79; *Eichenberger*, *de Vevey*, *Guinon*, 80; *Conrads*, *Cornevin*, *Puppe*, 81; *Czygan*, 81; *Raymond*, 82; *Gérard*, *Charcot*, *Yvon*, *Harnack*, 83; *Puppe*, *Hitzig*, 84; *Karewski*, 85; *Leymans*, 86.

THÉRAPEUTIQUE.

Diphtérie, *Cuno*, 87; *Hammer*, *Gensichen*, 88; *Bonhoff*, *Dobczynski*, 89; *Béclère*, *Ménard*, *Duret*, 90. — Organothérapie, *Combe*, 90; *Marcinowski*, *Brunet*, 91. — Hémophilie, *Perry*, 92. — Gangrène, *Dumas;* péricardite, *Bohm;* thyroïde, *Schiff*, 93.— Hémorragie, *Mitour;* saignée, *Krœnig*, *Albu*, 94.— Lavage du sang, *Dalché;* anémie, *Ferguson;* diabète, *Beylot*, 95; *Lépine*, 96. — Diurétiques, *Sobieranski*, 96; *Beckert*, *Bettmann*, *Rotman*, 97; *Julia*, 98. — Erysipèle, *Carrière;* fièvre typhoïde, *Rumpf*, *Wilckens*, *Gruet*, 98; *Pfeiffer*, *Kolle*, *Rigot*, 99. — Noma, *Weill;* ataxie, *Kalinine;* diastase, *Leo;* opothérapie, *Gilbert*, *Carnot*, 100; *Vidal*, *Jousset*, 101. — Cancer, *Korff*, *Boreskin*, *Solenski*, 101. — Ténia, *Mangold;* galactogogue, *Herrgott*, 102. — Radiographie, *Rendu*, *du Castel*, 103.

HYGIÈNE.

Armée française, 104. — Mariage, *Kiselew;* sanatoria, *Unterberger*, 105; *Otis*, 106. — Mal de montagne, *Liebig*, 106. Fièvre typhoïde, *Newsholme*, *Alpers*, *Murray;* eau, *Hueppe*, *Kaufmann*, *Vallin*, *Eymard*, *Gavin*, 107; *Mutzchler*, *Cappelletti*, *Vivaldi*, *Alessi*, 109; *Friedel*, *Neisser*, *Plagge*, *Schœffer*, 110; *Draer*, 112. — Lait et beurre, *Solomin*, *Denigès*, 112; *Günther*, *Thierfelder*, *Lübbert*, 113; *Holst*, 114; *Polenske*, *Ostertag*, 115; *Wasenberg*, *Grether*, 116. — Vins, *Ludwig*, *Heise*, *Fischer*, 116: *Mœslinger*, *Riche*, 117. — Viandes, *Kœnig*, 118; *Bomer*, *Milroy*, *Mayrhofer*, *Silberschmidt*, *Rissling*. *Popp*, *Colberg*, *Cauchemez*, 120; *Reissmann*, 122; *Bratanich*, *Ermengen*, *Pouchet*, *Hamburger*, *Haan Remlinger*, *Brosch*, 124.— Bière, *Manou*

Digitized by Google

CHIMIE MÉDICA

de rachidien, *Nawratzki* ; chimisme
trique, *Caporalli*, *Simonelli*, *Vau-*
ey, 34. — Urines, *Iljisch*, 35. —
ine de la grossesse, *Dobrowolski* ;
ine typhique, *Smith* ; phosphore de
urine, *Cecoci*, 36.— Urine goutteuse.
lis ; formol dans l'urine, *Nebelthau* ;
phénols de l'urine, *Amann*, 37. — Pep-
one de l'urine, *Bogomolow* ; élimina-
tion
du
lem
Chit
mus
Bog
Sch
Schl
Mar

ANATOMIE PATHOL

Cicatrisation et plaies de la cornée, Ranvier, 43 et 44. — Pneumonie, Cornil, *Marie*, *Claisse*, *Josué*, 45. — Tuberculose, *Askanasy* ; artérites, Brault, 46. — Inflammation des vaisseaux, Cornil, 47. — Splénomégalies, Charrin, de
Ni
Le
le
C
M

PATHOLOGIE EX

Bactéries et toxines, Charrin, Arloin
Riche, 54 ; Charrin, Mangin, Teissi
Guinard, 56. — Sérums, Dumarest,
Delezenne, Héricourt, Richet, 57 ;
ger, *Josué*, Chenu, Charrin, de
tis, 58.— Pneumocoque, Eyre,
bourn ; peste, Kolle ; tub
Maskutow, 59. — Diphtérie,
Boer, 60 ; de Martini, *Nicol*
1 ; *Peters*, 62. — Streptoc
eld, *Petruschky*, 63.
illiard ; blastomycète
— Mycose, Brault,
umonie, Kohn, 66.—

Digitized by Google

[illegible] LADIES DES ENFANTS.

[illegible] chitisme, [illegible], 194. — [illegible] horée, *Le-* [illegible] *urie*, 196. [illegible] *ker*; cir- [illegible] Bronchite, [illegible] *itter*, *Ber-* [illegible] Diphtérie, [illegible] Tubercu-lose, *Marfan*; thrombose, *Unrich*, 201: — Goître, *Steiner*; péritonite, *Brun*; typhoïde, *Guinon*, *Meunier*, 202. — Varicelle, *Goodall*; *Washbourn*; péricardite, *Macaigne*, *Ballet*; trépanation, *Sandoz*, 203. — Ostéomalacie, *Meslay*; rate, *Macé*, 204. — Rectite, *Broca*; kyste, *Kaczannowsky*; helminthiase, *Bonnet*, 205.

[illegible] GIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

[illegible] *Lomry*, 206; [illegible] Acanthosis, [illegible] *Delotte*, *Collan*, [illegible] *Malherbe*; pem- [illegible] *el*, *Kuhnt*, *Korn-* [illegible], *Danlos*; impé- [illegible], 209.— Perlèche, [illegible] *rbe*; lèpre, *Havel-* [illegible] *wski*, 211; *Kling-* [illegible] — Beriberi, *Kro-* [illegible] pertrichose, *Lesser*; calvitie, *Sabouraud*; nœvus, *Freund*, 213. — Ulcères, *Brault*; purpura, *Shepherd*; exanthèmes, *Oro*, 214; *Tonnel*, *Raviart*, *Delaharpe*, 215.— Syphilis, *Lazarew*, 215; *Talamon*, *Mantegazza*, *Audry*, *Hallopeau*, *Bureau*, 216; *Colombini*, *Simonelli*, *Gerulli*, 217.— Blennorragie, *Colombini*, *Ahlfeld*, *Mueller*, *Jacquet*, *Ghika*, 218; *Kœnig*, *Stanziale*, 219; *Nanotti*, *Howald*, 220.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

[illegible] *Guillon*, 220.— Psychose, [illegible] *an*, *Pit*[illegible] 21; *Pasm*[illegible] *rre*, [illegible] *lién*[illegible] *ie*, 2[illegible] *thès*[illegible] *Bourneville*, 224; *Huzemann*, 225. — Epilepsie, *Voisin*, *Charrin*, 225; *Rouquette*, *Meier*, *Dimitropoli*, 226. — [illegible] diotie, *Bourneville*, 227.

Digitized by Google

riez, désinfection, *Schepilewski*, *Walter*, 128; *Pfuhl*, *Rosenberg*, *Gautier*, 127. — Calorifères, *Gréhant*, 128. — Oxyde de carbone, *Mermet*; charbon, *Silberschmidt*, *Gruber*, *Cléjoulx*, *Duguet*, 129. — Maladies professionnelles, *Mabille*, *Soler*, *Tronchet*, 138; *Gertner*, *Schlecht*, 131; *Leroy des Barres*, *Jungfleisch*, 133. — Asthme, *Brissaud*, 134.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Traités, *Dieulafoy*, 134; *Raymond*, *Ballet*, 135. — Système nerveux, *Bastian*, *Bramwell*, 136; *Paget*, 137; *Baudouin*, *Grasset*, *Widal*, *Marinesco*, *Schlesinger*, 138; *Brissaud*, *Lantzenberg*, *Marie*, *Kaltwinkel*, 139; *Aba*, *Astié*, *Marinesco*, 140; *Philippe*, 141; *Klippel*, *Landenheimer*, 142; *Kœnig*, 143; *Egger*, 144; *Gilles*, *Soury*, *Patry*, 145; *Molle*, *Féré*, 146. — Système vasculaire, *Weismayr*, 146; *Grandmaison*, *Fraenkel*, *Merklen*, 147; *Marie*, *Riche*, *Schramm*, 148; *Troisier*, 149. — Appareil respiratoire, *Jarowski*, *Mac Cosh*, *Siredey*, *Grosjean*, *Nicholson*, *Lawson*, 150; *Hampeln*, 151. — Appareil digestif, *Widal*, *Meslay*, 151; *Le Gendre*, *Ramond*, *Faitout*, *Kausch*, 152; *Letulle*, *Auscher*, *Lapicque*, *Kahn*, 153; *Siredey*, *Leroy*, *Rendu*, *Brissaud*, *Merklen*, *Hayem*, *Talamon*, *Le Gendre*, *Revilliod*, *Moizard*, *Camescasse*, *Championnière*, 154; *Talamon*, 157; *Combes*, 158; *Lallier*, *Mendelsohn*, *Fontet*, 159; *Diliberto*, *Rendu*, *Massary*, 160; *Jeanselme*, 161; *Dutournier*, 162. — Typhoïde, *Uhlenhuth*, *Grandmaison*, *Courmont*, *Martin*, *Dauriac*, 163; *Bondet*, *Mongour*, *Hayem*, *Fernet*, *Papillon*, 164; *Achard*, *Mossé*, *Daunic*, *Troisier*, *Sicard*, *Widal*, 165; *Haedke*, *Fraenkel*, 166. — Pancréatite, *Nicolas*; maladie d'Addison, *Trebitsch*; scarlatine, *Lyot*, *Petit*; albuminurie, *Abelman*, 167. — Morve, *Rémy*; saturnisme, *Ceni*, 168; *Layral*, 169. — Mal de Pott, *Siredey*, *Grognot*; leucémie, *Hayem*, 170.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Traité, *Stapffer*; bactériologie utérine, *du Bouchet*, 171. — Métrites, *Blanc*, *Richard*, 172; *Kiefer*, 173. — Prolapsus, *Bœckel*; embolies, *Gessner*, 174. —Hystérectomie, *Pauchet*, 176; *Gœlet*, *Mermet*, *Hofmeier*, 175; *Segond*, 176; *Schwartz*, *Heurtaux*, *Depage*, 177; *Giresse*, 178. — Fistule, *Berger*; cancer, *Emanuel*, *Bouilly*, 179. — Ovaire, *Le Nadan*, *Boden*, *Lissac*; injections, *Ahlfeld*, 180. — Grossesse, *Goenner*, *Ahlfeld*, *Maygrier*, *Porak*, 181. — Présentations, *Courniol*, *Jellinghaus*, 182; *Seigneux*, *Hohl*, 183. — Accouchement, *Morse*, *Schwab*, 184; *Knapp*, *Martin*, 185; *Sarwey*, 186. — Placenta prævia, *Fueth*, *Gibiat*; déciduome, *Durante*, 187. — Injection puerpérale, *Desternes*, 188. — Eclampsie, *Townsend*; césarienne, *Magniaux*, *Pobedinsky*, 189. — Grossesse extra-utérine, *Heil*, *Leopold*, *Weill*, *Wayer*, 190; *Martin*, *Sepibus*, 191.

Digitized by Google

MALADIES DES ENFANTS.

Traité, *Grancher*, 192, — Rachitisme, *Ettore*, 193; *Morse*, *Fischl*, 194. — Entérite, *Ardoin*, 195. — Chorée, *Legay;* hystérie, *Steiner*, *Condurie*, 196. — Diarrhée, *Magnaux*, *Brooker;* cirrhose, *Marfan*, 197. — Bronchite, *Meunier*, 198; coqueluche, *Ritter*, *Bernhardt*, *Makins*, 199. — Diphtérie, *Engel*, 200; *Petit*, 201. — Tuberculose, *Marfan;* thrombose, *Unrich*, 201. — Goître, *Steiner;* péritonite, *Brun;* typhoïde, *Guinon*, *Meunier*, 202. — Varicelle, *Goodall;* *Washbourn;* péricardite, *Macaigne*, *Ballet;* trépanation, *Sandoz*, 203. — Ostéomalacie, *Meslay;* rate, *Macé*, 204. — Rectite, *Broca;* kyste, *Kaczannowsky;* helminthiase, *Bonnet*, 205.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Urticaire, *Delbret;* acné, *Lomry*, 206; *Barthélemy*, 207. — Acanthosis, *Couillaud*, *Jacquet*, *Delotte*, *Collan*, 208. — Sarcomatose, *Malherbe*; pemphigus, *Adickes*, *Vogel*, *Kuhnt*, *Kornfeld*, 208. — Psoriaris, *Danlos;* impétigo, *Balzer*, *Griffon*, 209.— Perlèche, *Planche;* lupus, *Barbe;* lèpre, *Havelburg*, 210; *Koudriawski*, 211; *Klingmuller*, *Weber*, 212. — Beriberi, *Kronecker*, 212. — Hypertrichose, *Lesser;* calvitie, *Sabouraud*; nœvus, *Freund*, 213. — Ulcères, *Brault;* purpura, *Shepherd;* exanthèmes, *Oro*, 214; *Tonnel*, *Raviart*, *Delaharpe*, 215.— Syphilis, *Lazarew*, 215; *Talamon*, *Mantegazza*, *Audry*, *Hallopeau*, *Bureau*, 216; *Colombini*, *Simonelli*, *Gerulli*, 217.— Blennorragie, *Colombini*, *Ahlfeld*, *Mueller*, *Jacquet*, *Ghika*, 218; *Kœnig*, *Stanziale*, 219; *Nanotti*, *Howald*, 220.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Hypermnésies, *Guillon*, 220.— Psychose, *Aimé*, *Sanjuan*, *Pitres*, 221; *Pasmanick*, *Cullerre*, 222. — Aliénation, *Dheur*, *Hesse*, 223. — Alcoolisme, *Masoin*, *Carthès*, *de Grandmaison*, *Bourneville*, 224; *Huzemann*, 225. — Epilepsie, *Voisin*, *Charrin*, 225; *Rouquette*, *Meier*, *Dimitropoli*, 226. — Idiotie, *Bourneville*, 227.

Digitized by Google

MÉDECINE LÉGALE.

Mort subite, *Brouardel*, *Gascon*, 227. — Asphyxie. *Brouardel*, *Borri*, 228. — Etat du cœur, *Strassmann*; infanticide, *Brouardel*, 229; *Mittenzweig*, 230. — Docimasie pulmonaire, *Bordas*, *Favre*, 230. — Age du fœtus, *Haberda*, 231.— Submersion, *Wilmans*; pendaison, *Brouardel*, 232; *Bernhardt*, 233. — Taches de sang, *Szigeti*, 233. — Plaies, *Schulz*, 234. — Poils, *Minakow*, 235. — Alcaloïdes, *Ottolenghi*, 236.— Inhumations, *Lœsener*, 237. — Plaie du larynx, *Szigeti*, 538.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traités, *Le Dentu*, *Delbet*, 238; *Duplay*, 239. — Pansement, *Clark*, *Miller*, *Stone*, 239; *Zajontschkowski*, *Beyer*, *Meyer*, *Credé*, 240.— Lésions du crâne, et du rachis, *Gallet*, *Vial*, *Zaeffel*, *Borsuck*, *Wizel*, 241; *Calot*, *Poller*, 242. — Lésions vasculaires, *Williams*, *Haab*, 243; *Dandridge*, *Lebesgue*, 244; *Morris*, 245. — Lésions pulmonaires, *Tuffier*, 245; *Bresard*, 246; *Debienne*, *Karewski*, 247; *Ferguson*, *Hankins*, 248. — Langue, *Lympius*, *Claisse*; goître, *Lejars*, 249; *Taillefer*, 250. — Lésions de l'appareil digestif, *Lejars*, *Budd*, *Faure*, 251; *Ozenne*, *Beaussenat*, *Legueu*, *Richelot*, 252; *Canjole*, *Mencière*, 253; *Tochefort*, 254; *Floderus*, *Gesland*, 255; *Paucot*, *Henricius*; 256; *Cras*, *Greiffenhagen*, 257; *Sternberg*, 258. — Voies urinaires, *Guyon*, *Pousson*, 258; *Loumeau*, 259; *Tuffier*, *Routier*, *Johnston*, 260; *Albarran*, *Lejars*, *Duret*, *Salistchew*, 261; *Fischer*, *Noguès*, *Pasteau*, *Albarran*. *Morny*, *Escat*, *Tuffier*, 262; *Croft*, *Veau*, *Guiard*, 263; *Lefort*, *Odoul*, *Fort*, *Bazy*, 264; *Pasteau*, *Chavannon*, *Michel*, *de Brézigué*, *Motz*, 265. — Maladies des os, *Schulten*, *Rapin*, *Pincus*, 266; *Martens*, *Leblanc*, 267.

OPHTALMOLOGIE.

Rayons X, *Dor*; myopie, *Panas*, *Leber*, *Fukala*, 268. — Strabisme, *Wecker*, *Masselon*; érythropsie, *Fuchs*, 269.—Œil et oreille, *Ostmann*; paupières, *Litten*, *Kœbner*, *Mermet*, 270; *Truc*, *Villard*, *Walser*, *Bonsignorio*, 271. — Cornée, *Lefrançois*, *Mermet*, *Valude*, *Trousseau*, 272; *Sauvineau*, *Lohnstein*, 273; *Bestès*, 274. — Voies lacrymales, *Dianoux*, *Puyberneau*, 274. — Conjonctivite, *Schiemmelpfennig*, *Schlodemann*, *Dominique*, 275, *Cohn*, 276. — Cristal-

Digitized by Google

lin, *Stadfeldt*, 276; *Haring*, 277. — Glaucome, *Gros*, *Hanloser*, 277; *Sulzer*, *Gatti*, 278; *Baudouin*, *Goh*, *Lechner*, 279. - Paralysies, *Laure*, *Gourfein*, *Velhagen*, 280; *Lapersonne*, *Savila*, 281. — Tuberculose, *Coppez*; hémorragies, *Trousseau*; exophtalmie, *Terson*, 282. — Tumeurs, *Schmidt*, *Wagenmann Meisling*, 203. — Pansements et anesthésie, *Zielinski*, *de Nencki*, *Korpinski*, *Franker*, *Dolganoff*, 284; *Silex*, *Dolbeau*, 285; *Heinz*, *Schlosser*, 286.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Amygdales, *Pluder*, 286; *Brady*, *Jullien*, *Frémont*, 287. — Voile du palais, *Cartaz*; pharynx, *Zimmermann*, *Escat*, 288; *de Roaldes*, *Kich*, *Bibard*, 289. — Lésion du nez, *Vansant*, *Pluder*, *Treitel*, *Silex*, 290; *Alexander Lautmann*, 292; *Thomas*, *Compaired*, *Sicard*, *Briau*, 293. — Lésions du larynx, *Schadewalt*, *Lazarus*, *Harley*, *Vulpius*, 294; *Kœnig*, 295; *Mollard*, *Bernoud*, *Heryng*, *Michel*, 296. — Tubage, *Heyman*, *Baudrand*, *Richardière*, 297; *Porpischill*, 298. — Lésions de l'oreille, *Lœwenberg*, *Kysper*, *Brunner* 298; *Haug*, *Malherbe*, *Kuhn*, 299; *Swain*, *Gruber*, *Brieger*, 300; *Moure*, *Chipault*, *Lange*, 301; *Kegesschweiller*, 302.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 303.

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

K. SCHAFFER. Zur feineren Struktur der Hirnrinde und über die funktionnelle Bedeutung der Nervenzellenforsätze (Sur la fine structure de l'écorce cérébrale et sur la signification fonctionnelle des prolongements des cellules nerveuses) (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLVIII*, *4*, *p. 550*).

Dans la première partie de son travail, l'auteur étudie (partie antérieure de l'écorce cérébrale du chien nouveau-né) des éléments situés entre les cellules pluripolaires de la couche moléculaire et les petites pyramides et qu'il nomme *cellules polymorphes superficielles*. Ces éléments appartiennent tous au type de Golgi, c'est-à-dire que leur axone se distribue et se termine dans l'écorce, mais on peut en distinguer trois catégories qui diffèrent par la longueur de cet axone. Les uns émettent un axone très court qui s'étend horizontalement dans la couche des cellules polymorphes superficielles et envoie des collatérales dans la couche moléculaire. Les autres possédent un axone descendant de longueur moyenne dont les ramifications terminales se perdent dans la couche des cellules pyramides. Les derniers enfin sont munis d'un axone descendant long qui se termine dans la couche des cellules polymorphes profondes et fournit des collatérales récurrentes qui montent jusqu'à la couche moléculaire. Ainsi les axones de ces cellules polymorphes superficielles se terminent à des niveaux différents dans l'écorce cérébrale et sont tous pourvus de collatérales qui, par un trajet rétrograde, se rendent à la couche moléculaire.

Dans la deuxième partie, S. examine la signification respective des prolongements dendritiques et du prolongement cylindraxile et montre que les arguments sur lesquels s'appuie l'opinion, communément acceptée aujourd'hui, que les dendrites servent à la conduction nerveuse cellulipète, ne sont pas convaincants. Il adopte la théorie de Golgi qui fait de ces

Digitized by Google

prolongements des organes préposés à la nutrition de la cellule. Ce rôle de conduction cellulipète serait dévolu aux collatérales de l'axone. Celui-ci transporte l'excitation dans le sens cellulifuge et ses collatérales, fonctionnant comme organes de réception, amènent à la cellule les impressions qu'elles ont recueillies à distance. Au lieu de voir dans le prolongement périphérique de la cellule spinale une dendrite transformée, on peut, avec beaucoup plus de vraisemblance, le considérer comme une collatérale de l'axone. A. NICOLAS.

G. MARINESCO. Recherches sur l'histologie de la cellule nerveuse, avec quelques considérations physiologiques (*C. R. Acad. des Sc., 12 avril 1897*).

L'auteur porte principalement son attention, d'une part, sur la substance achromatique organisée, c'est-à-dire la substance qui affecte l'aspect fibrillaire ou strié dans les prolongements de la cellule, et un aspect réticulé dans le corps cellulaire, et d'autre part sur les corpuscules qui, vu leur affinité pour les couleurs basiques d'aniline, ont été nommés *éléments chromatophiles*.

Pour la première substance, il arrive à ce résultat qu'on doit admettre une continuité anatomique entre les fibrilles du cylindraxe aussi bien que des prolongements de protoplasma et les travées du réseau protoplasmique. Ces parties servent essentiellement à la conduction de l'influx nerveux.

Quant à la substance chromatique, ou éléments chromatophiles, c'est à tort qu'on a voulu y voir une matière de réserve alimentaire; elle paraît plutôt jouer un rôle essentiel comme agent modificateur de l'onde nerveuse; elle serait génératrice de tension nerveuse, et c'est pour cela qu'il lui donne le nom de *kinétoplasma*. « Les combinaisons chimiques qui s'opèrent entre certains poisons, comme la strychnine, et les éléments chromatophiles, donnent lieu à un dégagement considérable de force nerveuse; au contraire, d'autres poisons agissent en sens inverse et produisent une dissolution d'emblée des éléments chromatophiles, laquelle amène des paralysies ». M. DUVAL.

E. VERATTI. Ueber einige Structureigentümlichkeiten der Hirnrinde bei den Säugethieren (Sur quelques particularités de structure de l'écorce cérébrale des mammifères) (*Anat. Anz., XIII, 14, p. 377*).

A. Les cellules pyramidales émettent des collatérales ascendantes qui vont se rendre dans la couche moléculaire et s'y terminent en se mélangeant aux fibres tangentielles, après s'être divisées en deux branches qui divergent à angle droit ou bien après s'être seulement brusquement coudées pour devenir parallèles à la surface de l'écorce.

B. Chez le lapin les cellules de Cajal présentent au moment de la naissance des prolongements ramifiés qu'il n'est pas possible de différencier les uns des autres. Un seul de ces prolongements acquiert dans la suite du développement les caractères d'un prolongement cylindraxile, tandis que tous les autres prennent peu à peu ceux des prolongements dendritiques. Chez certains animaux (porc) la distinction entre l'axone et les dendrites est déjà complète pendant la vie intra-utérine.

Digitized by Google

C. Les pseudo-prolongements cylindraxiles de Cajal doivent vraisemblablement être considérés comme des formes de transition embryonnaires des prolongements protoplasmiques.

D. L'hypothèse de Cajal que les cellules fusiformes de la couche moléculaire représentent des éléments d'association pour les cellules des couches situées au-dessous de l'écorce, n'est pas confirmée, car les relations multiples qui existent entre le prolongement cylindraxile de ces éléments et ceux des autres cellules, ainsi que l'existence d'un réseau nerveux répandu dans cette région, ne permet pas de considérer leur fonctionnement comme étant différent de celui des autres cellules corticales.

A. NICOLAS.

CATOIS. Sur l'histologie et l'anatomie microscopique de l'encéphale des poissons (*C. R. Acad. des Sc., 25 janv. 1897*).

La technique qui a servi à l'auteur, et sur les détails de laquelle il insiste, est une combinaison des méthodes par injection et des méthodes par immersion au bleu de méthylène. Elle a permis de confirmer entièrement, sur les poissons, les résultats des recherches de R. Cajal, notamment quant aux cellules de Purkinje, aux cellules nerveuses étoilées de la couche moléculaire, et aux corbeilles ou plexus entourant le corps des cellules de Purkinje. L'auteur pense cependant que le bleu de méthylène, précieux surtout pour des recherches de contrôle, ne saurait remplacer ni égaler les fines et délicates imprégnations au chromate d'argent.

M. DUVAL.

R. STADERINI. Il ventricolo di Krause, nella sua conformazione e in confronto col seno romboidale degli uccelli et col quarto ventricolo (*Monitore zool. ital. VII, 8, p. 172*).

Le ventricule de Krause, situé, comme on le sait, dans l'épaisseur de l'extrémité du cône médullaire, présente beaucoup de points de ressemblance, dans son état parfait, avec le 4e ventricule et avec le sinus rhomboïdal des oiseaux. Chez un nouveau-né sa cavité, simple et spacieuse en bas, se trouvait à sa partie supérieure cloisonnée par un pont frontal de substance gélatineuse, par suite décomposée en une cavité dorsale et une cavité ventrale, celle-ci en continuité avec le canal épendymaire proprement dit. Ce dédoublement est semblable à celui que l'auteur a découvert au niveau du 4e ventricule, dans la zone de passage entre le bulbe et la moelle. A une époque plus avancée de la vie (16 à 19 ans) le ventricule de Krause est en grande partie oblitéré mais se reconnait encore ; à partir de 40 ans son oblitération est complète.

A la hauteur de la dilatation ventriculaire les deux cordons postérieurs s'écartent et circonscrivent un espace allongé occupé par un amas de substance gélatineuse, qui tranche par son aspect et sa coloration sur la face dorsale du cône médullaire. Cette aire répond au ventricule mais son apparition n'est pas due à la présence de celui-ci. Elle dépend de la couche gélatineuse dont il vient d'être question qui ferme en arrière la cavité et n'est recouverte que par la pie-mère. On la reconnait même quand le ventricule est oblitéré.

A. NICOLAS.

Digitized by Google

I. — A. THOMAS. Sur les fibres d'union de la moelle avec les autres centres nerveux et sur les faisceaux cérébelleux ascendants (*Soc. de biol.*, *23 janv. 1897*).

II. — Le même. Le faisceau cérébelleux descendant (*Ibid.*, *9 janv. 1897*).

I. — Hémisection de la moelle cervicale d'un jeune chat au-dessus de la deuxième paire cervicale, point d'élection pour l'étude des faisceaux allant de la moelle au bulbe, protubérance, cervelet. Les dégénérations ascendantes, examinées au niveau de la première paire cervicale existent dans tous les faisceaux de la moelle; elle est totale dans les deux faisceaux postérieurs, rare dans le faisceau pyramidal croisé, dispersée dans les autres. L'auteur suit, grâce aux renseignements fournis par ces dégénérescences, les faisceaux postérieurs, le faisceau cervelleux droit, le faisceau de Gower et le faisceau antéro-latéral.

II. — On pratique des extirpations du cervelet à différents degrés chez des chiens et des chats, qui survivent de 2 à 6 semaines. On pratique des coupes sériées du névraxe. On étudie les dégénérescences secondaires par la méthode de Marchi. On constate, dans le cas de lésions profondes, la dégénérescence d'un faisceau, du côté de la lésion, qui traverse le noyau de Deiters, la substance réticulée entre l'olive supérieure et le genou du facial, se divise en zône antérieure (entre l'olive inférieure et le noyau antéro-latéral du bulbe) et zône postérieure (en avant du noyau de l'hypoglosse). La première en grande partie s'étale ensuite à la périphérie de la moelle. La zône postérieure s'introduit dans le faisceau fondamental antérieur, dans le faisceau antéro-latéral, et se termine dans les cornes antérieures de la moelle, autour des cellules ganglionnaires, surtout dans la région dorsale. DASTRE.

A. VAN GEHUCHTEN. Contribution à l'étude de la moelle épinière chez les vertébrés (Tropidonotus natrix) (*La Cellule*, *XII*, *1*, *p. 115*).

1° *Cellules radiculaires antérieures.* — A signaler seulement, à propos de ces éléments, que leur prolongement cylindraxile n'émet pas de collatérales avant sa sortie de la moelle et qu'ils n'envoient pas de prolongements protoplasmiques au travers de la commissure antérieure.

2° *Ganglions spinaux.* — Ces ganglions, chez l'embryon de couleuvre, ne sont pas formés exclusivement de cellules bipolaires et unipolaires avec formes intermédiaires. A côté de ces cellules typiques, on peut y rencontrer de véritables cellules multipolaires dont les unes présentent les deux prolongements ordinaires, central et périphérique, ce dernier plus volumineux, avec quelques prolongements photoplasmatiques simples, tandis que les autres sont pourvus de trois prolongements nerveux, dont un central et deux périphériques.

3° *Racines postérieures.* — Chaque racine postérieure est subdivisée en trois portions : une portion interne, une portion moyenne et une portion externe. Les fibres de la portion interne une fois arrivées dans la moelle constituent le faisceau radiculaire interne qui vient se placer dans la partie postérieure du cordon latéral (et non pas, comme chez les oiseaux et les mammifères, dans le cordon postérieur). Elles émettent des

Digitized by Google

collatérales longues qui vont s'épuiser dans la substance grise de la corne antérieure. Les fibres de la portion moyenne de la racine pénètrent dans la zone de substance blanche qui recouvre la corne postérieure. Elles envoient des collatérales commissurales. Les fibres de la portion externe enfin pénètrent dans la substance blanche du cordon postérieur. Elles ne fournissent que des collatérales courtes. Les fibres radiculaires moyennes et externes, arrivées dans la moelle, constituent le faisceau radiculaire interne.

4° *Substance grise. A) Cellules nerveuses.* — Appartiennent toutes au groupe des cellules nerveuses à cylindraxe long et comprennent des cellules radiculaires et des cellules de cordons. Les premières, situées dans la corne antérieure, ne présentent de particulier que ce que nous avons signalé plus haut. Les secondes se décomposent en cellules de cordons proprement dits et cellules commissurales,

Les cellules commissurales sont distribuées dans toutes les régions de la substance grise. Leur volume est très variable. Leur axone après avoir traversé la commissure blanche antérieure se recourbe ou se divise en deux branches ascendante et descendante qui se placent dans la partie externe du cordon antérieur ou dans la partie ventrale du cordon latéral.

Les cellules du cordon antéro-latéral sont disséminées partout. Leur prolongement cylindraxile se divise fréquemment en deux branches ascendante et descendante qui suivent le cordon latéral.

Les cellules du cordon postérieur sont très nombreuses ; elles occupent la substance grise de la corne postérieure. Leur existence prouve que les fibres des cordons postérieurs ne proviennent pas toutes des fibres radiculaires postérieures.

B) Fibrilles nerveuses. —Ce sont les nombreuses collatérales émanées des fibres de tous les cordons.

A propos du développement de ces collatérales, l'auteur critique l'opinion de Heymans et Demoor relative aux anastomoses des fibres nerveuses terminales.

La structure de la substance blanche et celle de la névroglie ne présentent rien de spécial à noter dans une analyse. A. NICOLAS.

A. WESTPHAL. Ueber die Markscheidenbildung der Gehirnnerven des Menschen (Sur la myélinisation des nerfs craniens de l'homme) (*Archiv f. Psychiat., XXIX, 2, p. 474*).

Les recherches faites par l'auteur sur 9 cerveaux d'enfants nouveau-nés, sur 3 cerveaux de fœtus expulsés avant terme, sur 5 cerveaux d'enfants dont l'âge variait, au moment de la mort, entre 3 semaines et 15 mois, et sur les nerfs craniens d'un homme mort à l'âge de 48 ans, lui ont donné les résultats suivants :

Au point de vue de leur degré de myélinisation au moment de la naissance, les nerfs craniens, chez l'homme, se répartissent en deux groupes distincts : les nerfs moteurs ont achevé leur myélinisation ; les nerfs sensitifs, les nerfs sensoriels, à l'exception de l'acoustique et les nerfs mixtes ne sont pas dans le même cas.

Digitized by Google

C'est le nerf optique, dans ses portions distales (orbitaires), qui est sous ce rapport le plus en retard; dans les nerfs mixtes, la myélinisation est un peu plus avancée que dans les nerfs sensitifs.

Dans les nerfs de ce dernier groupe, la myélinisation atteint partout son terme vers la 9me, 10me semaine après la naissance. L'influence accélératrice de la vie intra-utérine sur la myélinisation, signalée par Flechsig et Bernheimer, a été constatée par l'auteur sur les nerfs craniens d'enfants nés avant terme.

La marche centrifuge de la myélinisation a été établie d'une façon irrécusable pour le nerf optique; pour les autres nerfs craniens elle est vraisemblable. De plus, dans le nerf optique, ce sont les fibres situées le plus au centre d'une section transversale, dont le cylindraxe s'entoure le plus tôt d'une gaine de myéline.

Dans le bout orbitaire du nerf optique on découvre, à une certaine période du développement, deux variétés de fibres, qui diffèrent à la fois par leur calibre et par le degré d'avancement de leur myélinisation. La question de savoir si les fibres qui, à ce moment là, possèdent déjà des gaines de myéline, appartiennent en propre au nerf optique, est à réserver.

Le calibre des fibres nerveuses augmente progressivement de telle sorte que chez l'adulte il est 4 ou 5 fois plus fort que chez l'enfant. Le nerf optique fait exception à cet égard; quand ses fibres ont atteint leur plein développement, elles ne sont pas beaucoup plus épaisses que chez l'enfant. Ces fibres diminuent d'épaisseur, du centre vers la périphérie, ce qui pourrait être également le cas pour les autres nerfs craniens.

Dans les nerfs craniens, la myélinisation parvient à maturité beaucoup plus tôt (9me ou 10me semaine) que dans les nerfs rachidiens (1 ou 2 ans après la naissance); dans ces derniers, le processus de myélinisation ne présente pas les différences qu'on observe pour les nerfs craniens suivant que l'on considère un nerf moteur ou un nerf sensitif (ou mixte).

Dans les nerfs craniens, les noyaux des gaines de Schwann ne présentent pas les caractères particuliers qu'on leur trouve dans les nerfs rachidiens.

En terminant, l'auteur a insisté sur ce que ces résultats anatomiques sont de nature à expliquer la constatation suivante faite par Soltmann : Chez un animal nouveau-né, on ne réussit qu'exceptionnellement à produire l'arrêt du cœur, en excitant le nerf vague avec le courant électrique, et il faut, pour obtenir ce résultat, des intensités de courant beaucoup plus fortes que celles qui suffisent chez l'animal adulte. E. RICKLIN.

G. KAMKOFF. Zur Frage über den Bau des Ganglion Gasseri bei den Säugethieren (Contribution à l'étude de la structure du ganglion de Gasser chez les mammifères (*Intern. Monats., XIV, 1, p. 16*).

Par l'emploi du bleu de méthylène l'auteur a constaté dans le ganglion de Gasser (chez le chat) l'existence d'appareils nerveux terminaux semblables à ceux que Dogiel a décrits dans les ganglions spinaux. Les cellules ganglionnaires sont entourées par deux plexus terminaux : l'un formé de fibres sans myéline assez épaisses est étalé sur la surface ex-

Digitized by Google

terne de la capsule cellulaire (plexus péri-capsulaire); l'autre constitué par des fibrilles issues du précédent, fines et variqueuses, est en dedans de la capsule, autour du corps cellulaire (plexus péri-cellulaire). Outre ce double appareil, il en existe encore un autre résultant de la division et de la terminaison libre de fibres à myéline.

On trouve du reste dans le ganglion de Gasser deux sortes d'éléments : de grosses cellules à axone épais, onduleux, bientôt myélinisé, et de petites cellules à axone rectiligne. Les premières se colorent à peine par le bleu de méthylène ; les secondes au contraire se teintent fortement. Il est possible que les appareils nerveux terminaux décrits plus haut proviennent de ce deuxième type cellulaire qui représenteraient ainsi des éléments dont l'axone ne quitte pas le ganglion. A. NICOLAS.

G LOISEL. Formation et évolution des éléments du tissu élastique (*Journal de l'anat. et de laphysiol., mars 1897*).

Tous ceux qui ont écrit jusqu'à ce jour sur la genèse des fibres élastiques n'ont pas étudié suffisamment ou même ont négligé entièrement les états embryonnaires ou immédiatement post-embryonnaires des tissus élastiques. C'est au contraire, à l'examen de ces premiers débuts que s'est attaché l'auteur, en prenant pour objet d'étude le ligament cervical du cheval et du veau et les bandes élastiques de la colonne vertébrale des sélaciens. Au stade embryonnaire, ces ligaments élastiques sont formés uniquement de cellules nues, accolées les unes aux autres, formant ainsi des masses plasmodiales continues, sans territoires cellulaires distincts. Bientôt des différenciations protoplasmiques particulières se produisent, transformant peu à peu le plasmode en un reticulum dont les mailles tendent à s'allonger dans le sens de la direction du futur ligament. Celui-ci se présente par suite comme formé de noyaux allongés placés dans une sorte de stroma fibrillaire très net; ces noyaux sont encore entourés directement par une masse de protoplasma granuleux non fibrillaire, mais en continuité, à sa périphérie avec les fibrilles en question. Mais à cet égard ces cellules se différencient presque aussitôt en deux sortes : les unes, dont le protoplasma périnucléaire se divise à ses deux extrémités en un grand nombre de fibrilles : ce sont les cellules dites *élastogènes* ; les autres, qui restent indivises sous forme d'une languette fusiforme qui s'effile à ses deux bouts en un prolongement plus ou moins long ; ce sont les *élastoblastes*.

Dans le protoplasma périnucléaire et dans le stroma fibrillaire dérivé du corps protoplasmique des élastogènes, on voit apparaître des grains très réfringents, caractérisés par leur résistance à la potasse et leur affinité pour les couleurs d'aniline. Ces grains élastiques, identiques à ceux décrits par Ranvier dans les cartilages réticulés, se disposent en séries linéaires, sont accolés à la surface des fibrilles protoplasmiques, ou contenus dans leur masse, forment les points nodaux du réticule, et ne sont jamais complètement isolés; ils sont un produit de ce protoplasma. Par leur accolement et fusion, ils donnent naissance aux fibres élastiques. C'est pourquoi ces fibres se montrent composées d'une portion axiale qui ne résiste pas longtemps à l'action des agents chimiques et des sucs

Digitized by Google

digestifs, portion axiale tout autour de laquelle se sont déposées des couches successives d'une substance qui seule présente les réactions de résistance caractéristiques de l'élasticine. Dans les cartilages réticulés, l'état de grains élastiques en chapelet persiste, et les fibres élastiques de ces cartilages peuvent encore, à l'état adulte, se laisser décomposer de manière à montrer distinctement les grains élémentaires qui ont servi à leur formation ou à leur accroissement. A mesure que ces cellules élastogènes forment à leur périphérie des fibrilles qui produisent des fibres élastiques, leur corps cellulaire périnucléaire s'isole peu à peu des fibrilles auxquelles il a donné naissance, elles prennent alors la forme de corps protoplasmiques allongés, semblables aux élastoblastes.

Les élastoblastes, primitifs ou secondaires, présentent à chaque extrémité un prolongement très long, qui se fusionne parfois bout à bout avec celui d'un élément semblable disposé sur la même ligne; le noyau s'atrophie et disparaît, et bientôt le corps protoplasmique prend l'aspect d'un filament formé de substance amorphe et réfringente. On est en présence de cellules qui se changent en fibres élastiques par une transformation directe de leur substance.

L'auteur, par des rapprochements et des arguments qu'il serait trop long de rapporter ici, est amené à penser que l'atrophie progressive des vaisseaux dans les organes élastiques est corrélative à la production d'élastine. L'apport moindre d'oxygène serait un des facteurs qui amènent une transformation complète de certaines cellules en substance élastique, comme cela a lieu pour les élastoblastes.

Enfin, examinant d'une manière générale la question de l'origine des substances dites fondamentales, l'auteur conclut qu'elles ont leur origine dans des élaborations qui se font, dès le début de l'âge embryonnaire, au sein de masses plasmodiales, et qu'elles s'accroissent ensuite aux dépens de portions de protoplasma détachées du corps cellulaire c'est-à-dire par les phénomènes d'effritement cellulaire que Ranvier a décrit sous le nom de clasmatose. M. DUVAL.

W. FLEMMING. Ueber die Entwickelung der collagenen Bindegewebsfibrillen bei Amphibien und Säugethieren (Sur le développement des fibrilles conjonctives collagènes chez les amphibiens et les mammifères) (*Archiv f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth., p. 171, 1897*).

Flemming, dans ce travail, décrit de nouveaux faits à l'appui de la théorie qu'il défend depuis longtemps, de l'origine intra-cellulaire des fibres conjonctives. Le péritoine pariétal et les lamelles branchiales de la larve de salamandre constituent, à ce point de vue, des objets d'étude très démonstratifs. Les fibrilles à peine visibles dans les cellules au repos deviennent très nettes dans les éléments en voie de division (après coloration triple par la méthode de l'auteur). Elles occupent non seulement le corps cellulaire et probablement surtout ses parties périphériques, mais encore les prolongements qui en partent, et se continuent d'un élément à l'autre. Dans le cordon ombilical l'auteur ne voit non plus de fibrilles en voie de développement que dans les cellules, contrairement à Merkel dont il discute l'opinion. A. NICOLAS.

Digitized by Google

E. HOEHL. Zur Histologie des adenoiden Gewebes (Sur l'histologie du tissu adénoïde) (*Archiv f. Anat. u. Physiol.-Anat. Abth., 1-2, p. 133, 1897*).

Le réseau conjonctif des organes appartenant à l'appareil lymphatique est constitué, après que le développement est terminé, en partie par des fibres collagènes, en partie par un réticulum dépourvu de cellules. Les trabécules de ce réticulum se composent d'une quantité de fibrilles très fines, de même épaisseur, qui, tantôt réunies en cordons, tantôt étalées en éventail paraissent plongées dans une substance fondamentale.

Les trabécules les plus petites sont entourées par des fibres élastiques spirales tandis que les travées renferment dans leur intérieur les fibres élastiques disposées en cordon.

En beaucoup d'endroits, par exemple dans les sinus lymphatiques, les trabécules sont tapissées par des cellules qui, physiologiquement et morphologiquement semblent proches parentes des endothéliums; ailleurs ces trabécules ne sont revêtues d'aucun élément spécifique, sont nues. Partout elles apparaissent comme des appareils de soutien pour le parenchyme de l'organe.

Il n'y a pas dans la constitution de ce tissu de différences essentielles suivant les espèces animales. A. NICOLAS.

A. AGABABOW. Ueber die Nervendigungen im Corpus ciliare bei den Säugethieren und Menschen (Sur les terminaisons nerveuses dans le corps ciliaire chez les mammifères et chez l'homme) (*Intern. Monats., XIV, 2-3, p. 53*).

Du plexus ciliaire formé par les nerfs ciliaires et situé dans le tissu du corps ciliaire un peu plus près de sa surface externe, partent des branches, en majorité pourvues de myéline, qui se terminent dans cet organe de plusieurs manières.

1° Sur la face superficielle du corps ciliaire, c'est-à-dire dans la lame supra-choroïdienne, par un réseau à larges mailles de fines fibres variqueuses ;

2° Dans les espaces conjonctifs compris entre les faisceaux du muscle ciliaire et en dedans de ce muscle dans la bande conjonctive qui constitue le substratum des procès, par des arborisations terminales. Ces terminaisons sont probablement de nature sensitive;

3° Dans le muscle ciliaire. Les fibres nerveuses parvenues dans le muscle se résolvent en fibrilles très fines qui se ramifient encore, s'anastomosent et forment un réseau très serré dont les mailles renferment les fibres lisses;

4° Dans la paroi des vaisseaux et spécialement dans leur tunique musculaire, par des réseaux péri-cellulaires semblables à ceux qui répondent aux éléments contractiles du muscle ciliaire.

Enfin on rencontre dans le corps ciliaire aussi bien que dans la choroïde des cellules ganglionnaires, isolées ou réunies en amas le long des vaisseaux. Ces cellules ont habituellement deux prolongements, l'un va se perdre dans la paroi vasculaire, l'autre s'unit au plexus nerveux qui entoure le vaisseau. A. NICOLAS.

Digitized by Google

G. GUTTMAN. Zur Histologie der Ciliarnerven (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLIX*, *1*, *p. 1*).

Ces recherches concernent la configuration des nerfs ciliaires pendant leur trajet entre la sclérotique et la choroïde ainsi que l'état histologique du tissu interstitiel et de la gaine des fibres nerveuses. Chez le chien et le veau la surface de section des nerfs ciliaires dans la couche supra-choroïdienne est ovale ; chez le chat, le porc et l'homme elle est très aplatie, elliptique. Partout ces nerfs sont essentiellement composés par des fibres à myéline fines, avec quelques fibres plus grosses. Ils renferment également des fibres amyéliniques et un endonèvre délicat. La gaine nerveuse est particulièrement mince chez le veau et le porc. Chez le chien et le porc elle n'est pas pigmentée ; chez le veau, le chat et l'homme elle possède au contraire des cellules pigmentaires. Le tissu interstitiel répandu entre les fibres est toujours rare et finement grenu. Sur une coupe de la portion retrobulbaire d'un nerf ciliaire l'auteur a pu compter 314 fibres à myéline de 10 à 11 μ de diamètre.

A. NICOLAS.

ELINSON. Sur les nerfs vasomoteurs de la rétine (*Travaux du laborat. de physiol. de l'Université de Kazan*, *1896*).

Les nerfs vaso-moteurs de la rétine proviennent du sympathique cervical, passent par le ganglion cervical supérieur, se rendent dans la cavité cranienne et se divisent près du sinus caverneux en trois faisceaux inégaux. Le plus grand se mêle au nerf moteur oculaire commun et se rend au ganglion ciliaire par sa racine brève, le plus petit s'unit avec le ganglion ciliaire par sa racine longue, le moyen arrive au même ganglion ciliaire par sa racine sympathique. Du ganglion ciliaire, les vaso-moteurs arrivent à la rétine par l'intermédiaire du nerf optique. H. FRENKEL.

LAFFAY. Recherches sur les glandes lacrymales et leur innervation (*Thèse de Bordeaux*, *1896*).

Travail dans lequel l'auteur s'est efforcé de démontrer, par l'anatomie et la physiologie, que la sécrétion des larmes dépend d'un système d'innervation absolument semblable à celui déjà établi pour la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

Il fait d'abord l'étude anatomique de l'appareil lacrymal sécréteur, qu'il systématise ainsi : 1° la conjonctive, avec son épithélium, ses cellules caliciformes et ses involutions tubuleuses ; 2° les glandes acineuses, disséminées sous toute l'étendue de la conjonctive ; 3° les glandes agglomérées, telles que la glande orbitaire, la glande de Rosenmuller, la glande de Harder. Ce schéma anatomique des glandes orbitaires rappelle celui des glandes de la cavité buccale.

L'auteur montre ensuite l'innervation complexe des glandes lacrymales ; il décrit l'origine et montre l'importance du rameau orbitaire du maxillaire, qu'il considère comme une sorte de corde du tympan pour la sécrétion des larmes.

Digitized by Google

L. établit ensuite que le nerf facial contient les fibres centrifuges qui gouvernent cette sécrétion ; cela résulte de ses expériences de section intra-cranienne du facial chez le chien, et d'arrachement chez le lapin. Il n'attribue au trijumeau qu'un rôle centripète. Pour ce qui concerne l'action du sympathique, ses expériences ne sont pas décisives.

Enfin il étudie le mécanisme de la sécrétion psychique des larmes, en examinant le rôle de l'écorce du cerveau, des couches optiques et des noyaux bulbaires, trois centres qui, associés entre eux, gouvernent cette sécrétion psychique des pleurs. A. VENOT.

V. v. EBNER. Ueber die Spitzen der Geschmacksknospen (Sur les pointes des bourgeons gustatifs) (*Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wiss., in Wien, CVI, p. 10, 1897*).

L'auteur décrit chez l'homme et chez quelques mammifères la disposition et les rapports de l'extrémité périphérique des bourgeons gustatifs dans les papilles circumvallées. Le pore gustatif limité par les cellules plates superficielles de l'épithélium n'est pas un simple trou mais plutôt un canal qui conduit dans une petite fossette, de forme et de profondeur variables suivant les cas, dont l'entrée est limitée par les cellules de soutien périphériques du bourgeon, tandis que le fond et les parois latérales sont formées par les cellules de soutien les plus internes d'une part et par les cellules à bâtonnets d'autre part. Chez l'homme, jamais les bâtonnets des cellules sensorielles ne pénètrent dans le pore gustatif canaliculé.

V. Ebner compare ensuite ces dispositions avec celles que présentent les bourgeons épithéliaux décrits ailleurs, notamment avec ceux qu'a étudiés Schaffer dans l'intestin branchial de l'Ammocæte. A. NICOLAS.

J.-J. STREIFF. Ueber die Form der Schilddrüsen-Follikel des Menschen (Sur la forme des follicules de la glande thyroïde de l'homme) (*Archiv für mik. Anat., XLVIII, 4, p. 579*).

Les follicules de la glande thyroïde ne constituent pas, comme l'ont cru Virchow et Boéchat, un système ramifié pourvu de dilatations. En employant la méthode des reconstructions plastiques l'auteur a pu s'assurer que ces follicules, isolés par des tractus conjonctifs, sont arrondis, ovoïdes ou polyédriques. Quelques-uns sont tubuleux et beaucoup présentent des renflements ampullaires. On en voit aussi dont la paroi est interrompue, par suite sans doute de la rupture de la vésicule. En somme, la glande thyroïde de l'homme se forme à la manière des glandes tubuleuses ramifiées. Par places ces tubes se dilatent, de telle sorte que les travées conjonctives vasculaires découperont ce système en vésicules ou en tubes courts fermés. A. NICOLAS.

Digitized by Google

R. HELLER et H. v. SCHRÖTTER. Die Carina Tracheae, ein Beitrag zur Kenntniss der Bifurcation der Luftröhre (L'éperon trachéal, contribution à la connaissance de la bifurcation de la trachée) (*Denksch. d. mathem.-naturw. Cl. d. Kais. Akad. d. Wiss. Wien, LXIV, 42 p., 5 pl., 1897*).

En regardant par en haut et par le dedans la bifurcation de la trachée on voit un bourrelet sagittal, plus ou moins large, séparant les orifices bronchiques. Les bords de ce bourrelet se détachant en avant et se relevant le long de la paroi antérieure de la trachée délimitent une surface triangulaire variable dans ses dimensions et dans sa configuration, le triangle antérieur de l'éperon. En arrière, ces mêmes bords divergent moins et produisent alors une autre surface moins étendue, le triangle postérieur. C'est ainsi que, dans la plupart des cas, se présente l'éperon trachéal.

Généralement cet éperon possède un substratum cartilagineux : éperon cartilagineux. Dans d'autres cas, les pièces cartilagineuses ne font que soutenir l'éperon latéralement sans pénétrer dans son intérieur : éperon membraneux. Il y a aussi des sujets chez lesquels l'éperon est à la fois membraneux et cartilagineux.

Le squelette cartilagineux est tantôt formé par les premiers cerceaux bronchiques, par les deux ou bien par un seul, à droite ou à gauche. Mais, dans la majorité des cas, ce squelette est constitué par le dernier anneau de la trachée ou par des noyaux qui en dérivent.

Enfin l'éperon peut être médian ou juxta-médian, à droite ou à gauche.

Chez les 125 sujets qu'il a examinés, l'auteur a trouvé un éperon cartilagineux dans 56 0/0 des cas, membraneux dans 33 0/0, mixte dans 11 0/0. Dans 27 0/0 des cas (éperon cartilagineux), il provenait de l'anneau trachéal; dans 21 0/0, des anneaux bronchiques (15 0/0 de l'anneau droit, 3 0/0 de l'anneau gauche et 1 0/0 des deux premiers anneaux bronchiques à la fois).

L'éperon cartilagineux est un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Sa forme, ses dimensions, sa courbure et sa situation sont variables et chacun de ces points de vue fait l'objet d'une description spéciale. En ce qui concerne sa situation, il ressort des observations de l'auteur, qui confirment d'ailleurs celles de Semon, qu'il est plus souvent reporté à gauche du plan médian (57 0/0 à gauche; 42 0/0 médian).

L'étude histologique de l'éperon termine ce travail dont nous n'avons pu signaler que quelques points plus particulièrement importants.

A. NICOLAS.

Ch.-A. PUGNAT. Recherches sur l'histologie du pancréas des oiseaux (*Journal de l'anat. et de la physiol., mai 1897*).

Le pancréas des oiseaux n'est pas une glande acineuse, mais une glande tubuleuse, ramifiée et réticulée; il se compose en effet de tubes onduleux, qui se recourbent, présentent des sinuosités et s'anastomosent. Cette structure se rapproche ainsi de celle du foie embryonnaire des mammifères, au stade de cordons de Remak. Ces cordons cellulaires sont

Digitized by Google

formés par une seule espèce de cellules, la cellule pancréatique, le pancréas des oiseaux ne présentant pas de cellules centro-acineuses. Les dimensions des cellules pancréatiques sont remarquablement petites; l'auteur émet l'hypothèse que ce fait résulte des conditions particulières à la vie de l'oiseau, à savoir : activité digestive considérable et limitation nécessaire du volume du corps. Ces conditions, à première vue opposées, seraient conciliées par la diminution de volume des cellules et leur forte augmentation numérique; par là, le volume total de la glande ne change pas, tandis qu'augmente la surface sécrétante.

Le pancréas des oiseaux renferme des îlots de Langerhans; en formulant la conclusion à laquelle arrive l'auteur à leur égard, il faut bien préciser la valeur des termes dont il se sert; on voit alors que cette conclusion ne diffère pas de celle qui tend à être admise aujourd'hui. Ces îlots sont, dit l'auteur, de nature lymphoïde; mais ce tissu lymphoïde, il le voit provenir de la transformation du tissu épithélial, ainsi que Retterer l'a démontré pour les follicules des amygdales, et pour divers autres follicules clos. Comme il tend à admettre également une origine épithéliale endodermique (directe ou indirecte) pour la rate, l'auteur assimile à la rate ces parties du pancréas, tandis que les tubes glandulaires sont assimilables au foie; ainsi s'explique sa conclusion générale, ainsi formulée : le pancréas est formé de deux glandes différentes, l'une pancréatique proprement dite, ou *portion hépatique*, l'autre vasculaire sanguine de nature lymphoïde, ou *portion splénique*. M. DUVAL.

N. KULTSCHITZKY. Zur Frage über den Bau des Darmkanals (De la structure du tube digestif) (*Archiv f. mik. Anat., XLIX, 1, p. 7*).

1° *Cellules caliciformes.* — Par l'étude de pièces fixées au moyen d'un liquide acidulé par l'acide acétique, qui coagule la mucine, l'auteur s'est convaincu que le contenu de la thèque est réticulé. Il y a cependant à cet égard de grandes différences suivant les espèces animales. Les cellules caliciformes dérivent des cellules épithéliales ordinaires. Elles sont capables de sécréter plusieurs fois, reprenant après chaque période sécrétoire la forme épithéliale protoplasmique. Le contenu de la thèque ne saurait être identifié, comme l'a prétendu Hoyer, aux granulations des Mastzellen. Ses réactions colorantes vis-à-vis de la safranine et du neutralroth sont tout à fait différentes de celles de ces granulations.

2° *Cellules épithéliales à grains acidophiles.* — Parmi les cellules éphithéliales de la surface des villosités ou des glandes de Lieberkühn on en trouve qui renferment des grains colorables par l'orange et par la fuchsine acide, c'est-à-dire acidophiles. Ces grains sont plus ou moins abondants suivant les cellules. On les trouve surtout pendant la période de digestion et ils font défaut pendant la période de jeûne. Une simple excitation chimique (ingestion de sulfate de magnésie) ne les fait pas apparaître, tandis que quand l'intestin est en pleine activité d'absorption le nombre des cellules à grains acidophiles s'accroît au maximum.

L'auteur croit pouvoir conclure de ces faits que ces grains viennent de l'extérieur et pénètrent dans les éléments épithéliaux. Ils seraient ensuite incorporés par les leucocytes (leucocytes à granulations acido-

Digitized by Google

philes décrits par Heidenhain dans le stroma de la muqueuse intestinale). On peut supposer que ces grains sont de nature albuminoïde et représentent un produit de la transformation de la peptone en albumine.

3° *Leucocytes de la muqueuse intestinale.* — On rencontre dans la muqueuse intestinale trois formes de leucocytes : 1° leucocytes à granulations acidophiles ; 2° leucocytes à granulations basophiles (Mastzellen), situés à la périphérie de la villosité au-dessous de l'épithélium et surtout abondants pendant la période d'activité de l'intestin ; 3° leucocytes à granulations neutrophiles. Outre ces formes, on observe aussi les éléments que Heidenhain a considérés comme des leucocytes en voie de dégénérescence. L'auteur les regarde comme des parasites, de nature d'ailleurs indéterminée.

4° *Charpente et muscles de la muqueuse intestinale.* — Outre le tissu adénoïde qui forme le substratum principal de la muqueuse et des villosités on trouve aussi un tissu conjonctif lâche fasciculé, notamment dans la région des glandes de Lieberkühn, dans la couche sous-glandulaire et dans les villosités au-dessous de l'épithélium, en rapport avec les fibres musculaires. La muqueuse proprement dite est dépourvue de fibres élastiques. Celles, très fines et très rares, qu'on remarque sur le fond des glandes proviennent du réseau élastique de la *muscularis mucosæ.*

Quant à la distribution des fibres lisses dans la villosité, l'auteur confirme la description qu'il en a donnée autrefois. A la base de la villosité se trouve un certain nombre de faisceaux de fibres immédiatement contre le canal central. De là elles s'élèvent vers le sommet de la villosité. Une partie accompagne le canal central, les autres s'irradient obliquement en dehors et en haut et viennent, dans toute la hauteur de la villosité, se fixer immédiatement au-dessous de son revêtement épithélial.

A. NICOLAS.

G. RÜHE. Ueber die Membrana propria der Hancanälchen und ihre Beziehung zu dem interstitiellen Gewebe der Niere (Sur la membrane propre des canalicules urinifères et sur leur rapport avec le tissu interstitiel du rein) (*Archiv f. Anat. und Physiol.,-Anat. Abth., 1-2, p. 153, 1897*).

La membrane propre des canalicules urinifères est constituée uniquement par de fines fibrilles orientées les unes circulairement, les autres longitudinalement, et qui représentent une couche plus forte et plus régulièrement agencée du tissu interstitiel réticulé des reins. Ces enveloppes fibrillaires sont plus ou moins développées et plus ou moins denses suivant les différents segments des canalicules. Extrêmement délicates autour de la capsule de Bowmann et des tubes contournés, elles deviennent plus épaisses et moins régulières autour de l'anse de Henle. Autour des canaux excréteurs elles se disposent en couches serrées et concentriques.

Les anses vasculaires du glomérule sont limitées par une membrane homogène, d'apparence striée, qui supporte à sa face interne les noyaux endothéliaux et à sa face externe un épithélium. Cette membrane possède également peut-être une structure fibrillaire. Elle est perforée par

Digitized by Google

de nombreux pores très fins et reçoit des fibrilles provenant de la membrane propre de la capsule de Bowmann.

Toutes ces dispositions se retrouvent, d'une façon générale, identiques dans toute la série animale jusqu'aux Amphibiens.

Les fibres ne s'unissent pas avec les cellules fusiformes du tissu conjonctif et n'ont avec elles que des relations de voisinage, d'ailleurs étroites. Même chez le nouveau-né les éléments conjonctifs et les fibrilles du tissu réticulé n'ont pas de connexions organiques. Par la coction ces éléments (les fibrilles) se transforment en une substance gélatineuse et en une substance qui conserve la structure fibrillaire et représente sans doute la réticuline de Siegfried. La gélatine obtenue par la cuisson du tissu réticulé dérive donc, du moins en partie, des fibres propres de ce tissu. A. NICOLAS.

H. SPRUNCK. Ueber die vermeintlichen Tyson'schen Drüsen (Sur les prétendues glandes de Tyson) (*Thèse de Königsberg, 45 p., 1 pl., 1897*).

Après avoir examiné le gland chez 300 individus vivants et avoir étudié microscopiquement six autres glands, l'auteur conclut qu'il n'y a pas trace de glandes sébacées ni dans le gland ni dans le feuillet interne du prépuce. Il pense qu'une partie des auteurs qui ont admis leur existence ont pris les papilles de la couronne pour des glandes et que d'autres ont au contraire considéré comme telles les enfoncements épidermiques interpapillaires. On trouvera dans ce travail un historique complet de la question. A. NICOLAS.

M. v. LENHOSSÉK. Beiträge zur Kenntniss der Zwischenzellen des Hodens (Des cellules interstitielles du testicule) (*Archiv f. Anat. u. Phys.-Anat. Abth., 1-2, p. 65, 1897*).

L'auteur étudie d'abord les cristalloïdes découverts par Reinke dans le protoplasma des cellules interstitielles du testicule chez l'homme. Il confirme les faits décrits par cet histologiste et ensuite par Lubarsch, relatifs à la configuration, à la distribution et à l'abondance de ces formations. On les rencontre également, ainsi que Lubarsch l'a montré, dans des cellules du tube séminifère, notamment dans les spermatogonies, mais sous des formes quelque peu différentes de celles qu'elles affectent dans les cellules interstitielles. Chose remarquable, ces cristalloïdes semblent n'exister que chez l'homme, du moins personne ne les a observés jusqu'alors dans le testicule d'autres mammifères, et on ne les trouve que dans la glande génitale ; il n'y en a pas dans les autres régions du tractus génital.

Au cours de ses recherches sur les cellules nerveuses, Lenhossék a découvert des cristalloïdes dans le noyau des cellules ganglionnaires du grand sympathique chez le hérisson, et exclusivement chez cet animal. Il les a cherchés en vain dans les éléments nerveux d'autres mammifères.

Revenant aux cellules interstitielles, l'auteur décrit ensuite la structure spéciale du protoplasme de ces éléments chez l'homme, consistant en

Digitized by Google

l'existence d'un endoplasme condensé dans lequel l'hématoxyline ferrique met en évidence des grains noirs. Il n'est pas possible cependant d'affirmer la présence dans cette zone de centrosomes. Au contraire chez le chat la même méthode de coloration lui a permis de reconnaître avec une entière certitude un ou deux corpuscules centraux.

Discutant alors la signification des cellules interstitielles, Lenhossék rejette l'opinion qui en fait des éléments de nature conjonctive et, avec d'autres auteurs, admet qu'elles représentent un reste du matériel embryonnaire formatif du testicule. Les cristalloïdes constitueraient une réserve nutritive accumulée dans ces cellules, dont le rôle physiologique serait ainsi des plus important, et employée à l'édifiation des éléments du tube séminifère.

Ainsi s'expliquerait pourquoi l'on ne trouve de cristalloïdes que pendant la période d'activité sexuelle, pourquoi aussi leur abondance et leur distribution dans les diverses régions de la glande sont très variables.

A. NICOLAS.

TROLARD. Des articulations de la tête avec la colonne vertébrale; étude sur quelques points de ces articulations (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *mars-avril 1897*).

Tout en simplifiant la description de l'appareil ligamenteux qui unit l'occipital avec les deux premières vertèbres, l'auteur en précise les dispositions et signale quelques détails nouveaux et réellement importants. Parmi ces derniers nous résumerons ici, comme exemple, ce qui a trait aux rapports du sommet de l'apophyse odontoïde avec l'occipital.

Dans le mouvement de flexion de la tête, le bord postérieur de la gouttière basilaire vient toucher la partie supérieure de l'odontoïde et glisser sur elle d'avant en arrière. Il doit donc y avoir là une articulation, et elle existe en effet, avec sa synoviale. Cette articulation sus-odontoïdienne a pour surfaces articulaires d'une part le rebord du trou occipital, sur une étendue de 3 millimètres, et d'autre part le cinquième antérieur de l'extrémité de l'apophyse odontoïde ; ces deux surfaces sont recouvertes d'un périoste épaissi simulant du cartilage d'encroûtement. Autour de ces surfaces articulaires existe une enveloppe fibreuse, empruntée aux ligaments voisins (ligament occipito-transversaire, ligament suspenseur de la dent) et qui sert de support à la synoviale. Celle-ci est séparée, par le ligament suspenseur, de la synoviale atloïdo-odontoïdienne ; mais souvent les deux synoviales communiquent entre elles, et parfois, quoique rarement, elles sont largement fusionnées l'une avec l'autre. D'autre part la synoviale sus-odontoïdienne n'est pas constante, et se trouve alors remplacée par du tissu lamelleux fin, infiltré de graisse. Cette disposition exceptionnelle se réalise quand l'odontoïde est courte et ne dépasse pas l'arc antérieur de l'atlas, ou quand elle se termine par une pointe et non par une surface.

L'articulation atloïdo-axoïdienne présente ce fait remarquable qu'elle peut posséder de véritables ménisques articulaires, comparables à ceux du genou, et dont l'auteur donne une description détaillée, que nous ne saurions résumer.

Enfin ce mémoire, accompagné de figures dans le texte, se termine par

Digitized by Google

la description de la séreuse de l'apophyse transverse de l'atlas. Dans la rotation, l'apophyse transverse d'un côté se soulève pendant que celle de l'autre côté s'abaisse. Il y a donc là un jeu fréquent du tubercule apophysaire, qui frotte sur la face interne du ventre postérieur du digastrique; c'est là que se trouve la synoviale en question; du reste cette bourse n'est pas constante, et parfois au lieu d'être entre le tubercule apophysaire et le ventre postérieur du digastrique, elle est entre ce tubercule et l'aponévrose qui relie ce ventre au bord postérieur de l'apophyse styloïde; elle peut même, lorsque l'apophyse styloïde est longue et très obliquement dirigée en dedans, être au contact de cette apophyse qui est légèrement incurvée. M. DUVAL.

A. HAMMAR. Ueber eine allgemein vorkommende primäre Protoplasmaverbindung zwischen den Blastomeren (Sur l'existence générale d'une union protoplasmique primaire entre les blastomères) (*Archiv für mik. Anat.*, *XLIX*, *1*, *p. 92*).

L'auteur a montré dans un précédent travail qu'il existe une union primitive entre les cellules de segmentation de l'œuf des Echinodermes. Etendant ses recherches à d'autres groupes, Cœlentères, Vers, Mollusques, Tuniciers, Arthopodes et Vertébrés, il montre qu'il s'agit là d'un fait général. Pendant les diverses phases de la segmentation et même à des stades plus avancés, les blastomères restent unis les uns aux autres par un pont superficiel. La cytodiérèse est donc incomplète et les espaces qui séparent les blastomères (cavité de la blastula par exemple) sont véritablement intra-protoplasmiques. Ces dispositions tendent à éclairer certains phénomènes et rendent compte des déplacements et des changements de forme des cellules de segmentation. Elles constituent également au point de vue des connexions physiologiques des éléments générateurs du germe un facteur important. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

E.-S. BORICHPOLSKI. Variations de l'excitabilité de l'écorce cérébrale chez les animaux soumis à la rotation dans une roue horizontale (*Revue de psychiat. et de neurol. russes, nov. 1896*):

Dans la position de l'animal avec la tête tournée à la périphérie, il y a toujours de l'augmentation de l'excitabilité de l'écorce cérébrale sous l'influence de la rotation horizontale; dans la position inverse, de la diminution. La diminution de l'excitabilité lorsque la tête est tournée vers le centre est plus considérable que l'augmentation de l'excitabilité dans

Digitized by Google

la position inverse. Ces changements de l'excitabilité de l'écorce dépendent des variations de la pression intracranienne. H. FRENKEL.

M.-K. SAKOWITCH. Influence sur la température centrale de la substance grise du 3e ventricule et des couches optiques (*Thèse de St-Pétersbourg, 1896*).

La piqûre de la substance grise du 3e ventricule, particulièrement de sa partie antérieure et des couches optiques, provoque une augmentation de la température de tout le corps avec hyperproduction de chaleur dans le corps et augmentation du rayonnement de chaleur à sa surface. Sous l'influence de cette lésion, la quantité de l'acide carbonique éliminée est augmentée. Les jours qui suivent l'opération, la température et l'excrétion d'acide carbonique diminuent progressivement à la normale. Les piqûres qui provoquent l'élévation de la température agissent, probablement, par l'excitation du tissu cérébral. La destruction des mêmes régions fait baisser la température centrale et périphérique. L'épanchement sanguin dans la cavité des ventricules latéraux provoque la chute de la température centrale. H. FRENKEL.

J. TISSOT et Ch. CONTEJEAN. Quelques points de la physiologie de l'encéphale (*Soc. de biol., 30 janv. 1897*).

L'extirpation de la partie antérieure du lobe frontal gauche amena la cécité de l'œil gauche chez une buse. Les lésions par ablation s'amendent constamment avec le temps. L'extirpation totale d'un hémisphère chez le canard amène de l'hyperesthésie tactile, de l'atonie musculaire, de la cécité du côté opposé. Les fibres non entrecroisées dans le chiasma s'entrecroisent ailleurs. La lésion s'amende en 2 ou 3 semaines. Il y avait eu abolition de la vision consciente, mais persistance de la vision réflexe. Tous les phénomènes consécutifs à une lésion cérébrale peuvent être considérés comme des troubles réflexes. Ils peuvent être produits par des excitations faibles des racines postérieures. L'épilepsie généralisée n'est qu'une irradiation des réflexes. L'excitation de la sphère visuelle par le courant minimum produit des mouvements de l'œil et des paupières. Toute l'écorce cérébrale est un amas de centres sensitifs dont l'anémie absolue abolit immédiatement les fonctions, ce qui n'a pas lieu avec les centres moteurs. Les plaies cérébrales se comblent aux dépens des circonvolutions voisines qui s'hypertrophient et donnent l'illusion d'une néo-formation de cellules nerveuses. DASTRE.

L. PRÉVOST et C. RADZIKOWSKI. De l'influence de la section de la moelle épinière, dans sa région cervicale, sur la réplétion du cœur paralysé par l'électrisation (*C. R. Acad. des Sc., 18 janv. 1897*).

Une des causes du passage du sang, du système nerveux dans l'oreillette droite, est le tonus vasculaire et la contraction des petits vaisseaux. En paralysant le cœur du chien par un courant induit de forte intensité, on voit cet organe se remplir de beaucoup moins de sang si la moelle a

Digitized by Google

été coupée dans la région cervicale que si elle a été laissée intacte. D'autre part, si, sur le chien à moelle sectionnée, on applique à cet organe l'excitation électrique, on voit le cœur se dilater par l'arrivée de beaucoup de sang ; c'est qu'on a rétabli le tonus vasculaire et provoqué la contraction des petits vaisseaux. Ces conditions de réplétion du cœur seraient bien plus importantes que celles invoquées classiquement par les physiologistes, comme par exemple l'aspiration thoracique, la diminution de pression intracardiaque, etc. M. DUVAL.

I. — André BROCA et Ch. RICHET. Période réfractaire dans les centres nerveux (*C. R. Acad. des Sc., 11 janv. 1897*).

II. — Les mêmes. Période réfractaire, ondulation nerveuse, et conséquences au point de vue de la dynamique cérébrale (*Ibid., 15 mars 1897*).

III. — Les mêmes. Période réfractaire et synchronisation des oscillations nerveuses (*Ibid., 29 mars 1897*).

I, II et III. — De même que le cœur présente une phase réfractaire, période pendant laquelle il ne répond pas à l'excitation électrique, de même les centres nerveux présentent une inexcitabilité périodique, d'une durée plus prolongée encore. La première constatation en a été faite sur un chien atteint de chorée, c'est-à-dire présentant des secousses rythmiques régulières espacées d'environ une seconde : or, en portant, sur la région rolandique de cet animal, l'excitation électrique, celle-ci ne provoquait de réaction motrice que si elle tombait un certain temps après la secousse choréique spontanée. Mais ce phénomène n'est pas spécial au chien choréique ; en expérimentant sur des chiens refroidis et chloralosés, chez lesquels on provoque des secousses rythmiques, on constate que toute excitation intercurrente ne produit de réaction que si elle arrive à une certaine période intermédiaire entre deux secousses. L'intervalle entre les deux secousses se divise en deux périodes : une première dite réfractaire, et une seconde pendant laquelle l'excitation intercurrente est efficace, et qui elle-même peut se diviser en deux phases, l'une dite phase de restauration, où l'excitation provoque une réaction faible mais qui va en s'accroissant à mesure qu'on s'éloigne de la secousse précédente, et l'autre dite phase d'addition, pendant laquelle la secousse provoquée par l'excitation intercurrente est plus forte qu'à l'état normal et semble résulter de l'addition de la secousse intercurrente avec la secousse choréique ou rythmiquement établie. On peut aussi, comme pour le cœur, avec des rythmes appropriés, avoir une seule réponse pour deux excitations.

Le système nerveux passe donc par des phases d'excitabilité décroissante et de retour après chaque excitation. La phase réfractaire est d'environ un dixième de seconde, mais elle varie avec la température ; elle est plus longue chez l'animal refroidi. Pour interpréter cette phase réfractaire, l'hypothèse chimique d'un épuisement de la substance nerveuse pourrait être invoqué, mais elle n'expliquerait pas la période d'addition ; il semble plus logique d'admettre qu'il se passe ici des phénomènes d'ordre physique analogues à ceux que l'on observe lors du retour à l'équilibre d'un système brusquement abandonné en dehors de son état d'équili-

Digitized by Google

bre, c'est-à-dire que l'innervation présenterait un attribut analogue à l'intensité électrique, et que, lors d'une rupture brusque d'équilibre, des phénomènes de même ordre, quant à la forme de l'oscillation, se produiraient dans les deux espèces d'appareil (électrique et nerveux). Le muscle, par hypothèse, ne répondrait qu'à un sens déterminé de l'incitation nerveuse; donc, quand, lors des oscillations de retour à l'équilibre, cette incitation devient de sens contraire, une autre excitation, survenant à ce moment, pourrait ne faire que modifier le retour à l'équilibre sans atteindre une valeur suffisante pour provoquer la contraction musculaire.

M. DUVAL.

A. BINET et N. VASHIDE. Influence des différents processus psychiques sur la pression du sang chez l'homme (*C. R. Acad. des Sc., 4 janv. 1897*).

Ces expériences, pour étudier les rapports entre les phénomènes intellectuels et la circulation capillaire, ont été faites avec le sphygmomanomètre de Mosso, en enregistrant les pulsations totales des doigts de la main.

Avec cet appareil, qui ne saurait fournir la mesure absolue des pressions, mais qui donne bien la mesure des changements de pression provoqués chez un sujet, on constate qu'une douleur forte augmente la pression d'environ 15 millimètres de mercure; un calcul mental difficile l'augmente de 20 millimètres, etc.; il est à remarquer que ces expériences n'ont eu chaque fois qu'une durée maximum de quatre minutes; les auteurs se réservent de rechercher quels seront les résultats d'expériences plus prolongées, capables d'amener une fatigue profonde. M. DUVAL.

HAMBURGER. Die Blutkörperchen methode für die Bestimmung des osmotischen Druckes, etc. (Emploi des globules rouges pour la détermination de la pression osmotique) (*Arch. f. Physiol., p. 144, 1897*).

Il est inutile d'attendre le dépôt complet des globules rouges dans les expériences de détermination de la pression osmotique. Il suffit que l'on puisse observer une couche supérieure du liquide ayant 1 à 2 centimètres de haut, ce qui arrive au bout de deux heures environ. On peut d'ailleurs activer ce dépôt au moyen d'un appareil à force centrifuge.

LÉON FREDERICQ.

E. MAUREL. Action du chlorure de sodium sur le sang du lapin (*C. R. Soc. de biol., 9 janv. 1897*).

L'auteur a employé le chlorure de sodium en cristaux (il altère alors plus ou moins rapidement les éléments figurés) ou en solution. Les solutions à 7 0/00 et à 3,5 0/00 sont sans action lorsqu'elles sont mélangées à cinq fois leur volume de sang ou davantage. DASTRE.

Digitized by Google

EGER. Regeneration des Blutes (Régénération du sang) (*Zeitschr. für klin. Med., XXVII, p. 334*).

E. enlève à un animal le tiers environ de son sang en évaluant celui-ci au treizième du poids total de l'animal. Si la nourriture donnée ensuite est pauvre en fer la réparation est lente, incomplète, parfois nulle. Les combinaisons chimiques du fer restent infiniment moins actives que les combinaisons organiques, celles, par exemple, qui sont renfermées dans la viande. Il est intéressant de comparer l'action de celle-ci au peu d'action des médicaments chimiques, même s'il s'agit d'une combinaison prétendue organique. Il est intéressant également de comparer dans ces anémies graves l'action de la viande à l'action insignifiante d'un autre aliment, le lait. A. F. PLICQUE.

O. LANGENDORFF. Untersuchungen an überlebenden Saügethierherzen (Recherches sur la survie du cœur chez les mammifères) (*Arc h. f. die ges. Phys., LXVI p. 355*).

L'auteur a maintenu la survie du cœur chez les mammifères (chat, lapin), en irriguant le cœur avec du sang défibriné salé, de manière à permettre la circulation coronaire. Il a repris les expériences de Newell Martin avec un appareil plus parfait. Il étudie ici l'influence de la chaleur et du froid. La hauteur de la pulsation (force du cœur) augmente quand la température s'abaisse, et cela jusqu'à une certaine limite qui dépend de la nature du courant sanguin qui alimente le cœur. Ensuite le cœur s'affaiblit pour les basses comme pour les hautes températures. L'optimum correspond à une température plus basse que la température normale du corps. Quant à la rapidité des contractions la chaleur l'accélère jusqu'au maximum de 6 à la seconde (360 à la minute); le refroidissement ralentit la contraction et la fait durer jusqu'à 10 ou 12 secondes. Le sang chauffé parcourt le cœur plus rapidement que le sang refroidi; le sang chaud dilate, le sang froid retrécit les calibres vasculaires; à cette cause principale vient s'ajouter une augmentation de la diffusion et un accroissement de la rapidité des battements du cœur sous l'influence de l'échauffement. Le nombre des pulsations s'accroît avec la température. La fréquence, dans des limites restreintes, est proportionnelle à la température; mais, en général, l'abaissement du nombre des battements est plus lent que celui du degré thermique. Si la température s'élève des degrés inférieurs jusqu'à la normale, la fréquence s'accroît, et à partir de ce moment elle augmente plus lentement que la température. Au delà, elle atteint un maximum qu'elle maintient ou au-dessous duquel elle s'abaisse. Il y a un optimum de température pour la fréquence. La limite inférieure de température qui permet les battements du cœur du chat est de 6° à 7°; la limite supérieure est entre 45° et 46°, quoique les battements aient pu se produire encore à 49°. DASTRE.

Digitized by Google

MUSKENS. Ueber Reflexe von der Herzkammer auf des Herz des Froscher (Réflexes du ventricule sur le cœur, chez la grenouille) (*Archiv für die ges. Physiol., LXVI, p. 328*).

Après un historique de la question des nerfs centripètes émanant du cœur, l'auteur indique le dispositif qu'il emploie et qui est, en définitive, celui d'Engelmann. Il excite des points limités de la paroi ventriculaire, au moyen de courants d'induction à succession rapide, en évitant les extra-systoles. Il observe des effets réflexes qui portent sur la force des systoles (inotropes), sur leur rythme (chronotropes), sur la conductibilité musculaire (dromotropes). Il conclut qu'il existe chez la grenouille, et qu'il doit exister, sans doute, chez les vertébrés élevés, des réflexes du ventricule sur le cœur, sur ses diverses parties. Ces réflexes sont de diverses natures; ils n'ont pas leurs centres dans les ganglions du cœur, mais exclusivement dans les centres nerveux de la moelle allongée.

DASTRE.

A. WHITE. Vergleich der Wirkungsart..... (Comparaison des canules cardiaques de Kronecker et de Williams) (*Zeitschr. f. Biol., XXXV, p. 1, 1897*).

Kronecker a montré que si on lave complètement l'intérieur du cœur de la grenouille au moyen d'une solution saline indifférente, ne contenant pas d'albumine, il cesse de battre. Le cœur diffère donc des autres muscles, en ce qu'il ne peut pas vivre de sa propre substance. Ce résultat avait été contesté. L'auteur maintient la règle découverte par Kronecker, et montre que les résultats contradictoires obtenus avec l'appareil de Williams proviennent d'un défaut de construction de la canule de Williams.

LÉON FREDERICQ.

J. HOORWEG. Ueber die bei einer Systole gelieferte Blutmenge (Sur la quantité de sang mise en mouvement à chaque systole) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVI, p. 474*).

Hermann a trouvé une contradiction entre le chiffre donné par Dogiel et Ludwig pour la vitesse du sang dans la carotide (du chien) à savoir (200 à 700 $^{m}/^{m}$), et la grandeur du débit par seconde (chez l'homme, par exemple), déterminé par Fick et Zuntz. L'auteur montre que cette contradiction n'existe pas.

DASTRE.

Th. VAN DE VELDE. Ueber well kürliche Vermehrung der Pulsfrequenz beim Menschen (*Archiv f. die ges. Phys., LXVI, p. 232*).

L'auteur possède le moyen d'augmenter la fréquence de son pouls en conséquence d'un acte de sa volonté et trouve cinq individus dans le même cas. Tarchanoff a déjà signalé plusieurs sujets de ce genre et montré qu'en général ceux-ci sont capables d'actions musculaires remarquables, comme de mouvoir l'oreille, la 3e phalange de chaque doigt isolément, etc. Ce n'est pas la simple concentration de l'attention qui produit le phénomène d'accélération, mais elle donne au sujet conscience

Digitized by Google

de l'existence et de l'emplacement de l'organe, sans qu'il y ait d'ailleurs de palpitations. L'auteur n'a trouvé qu'une fois sur cinq une aptitude musculaire spéciale. L'effet d'accélération de 57 ou 72 à 95 n'est pas dû à l'accroissement de la respiration ou à des contractions musculaires; il n'est pas précédé nécessairement d'une action vasomotrice qui élèverait la pression du sang. L'auteur admet que chacun est en état d'augmenter à volonté le nombre des battements de son cœur, à la condition toutefois de s'y exercer préalablement. Il s'agit probablement d'une action exercée directement par les filets moteurs du pneumogastrique sur le muscle strié du cœur. DASTRE.

H.-J. HAMBURGER. Zur Lymphbildungsfrage (Sur la formation de la lymphe) (*Archiv f. Physiol., p. 133, 1897*).

Chez le cheval, une fistule du milieu du cou fournit de trois à cinq fois plus de lymphe provenant de la tête, lorsque l'animal travaille du tronc et des extrémités que lorsque l'animal est au repos.

Cette augmentation de lymphe ne peut être mise sur le compte de mouvements concomittants de la tête ou du cou, car ces mouvements ne se produisent pas ici, et d'ailleurs l'auteur montre que les mouvements limités à la tête, n'ont pas d'influence sur la lymphe de la fistule.

L'auteur constate également dans l'expérience, où le cheval travaille du tronc et des extrémités, la tête restant immobile, que le sérum du sang a perdu de son alcalinité, tandis que l'alcalinité de la lymphe du cou a augmenté.

Ces faits sont des arguments probants en faveur de la théorie de la formation de la lymphe par sécrétion (Heidenhain). LÉON FREDERICQ.

Fr. FRANCK. Nouvelles recherches sur les accidents causés par la compression du cœur dans le péricarde (*Soc. de biol., 23 janv. 1897*).

Cette compression supprime le pouls artériel en faisant obstacle à la pénétration du sang dans les oreillettes. Lorsqu'elle est peu supérieure à la pression veineuse, celle-ci augmentant par suite de l'évacuation du système artériel, domine l'obstacle dans l'oreillette droite; la circulation pulmonaire se rétablit et le cœur gauche peut fonctionner. Si la pression est très supérieure, l'aspiration thoracique ne la diminuera pas assez pour que l'effet de réparation se produise. L'aspiration thoracique, la dyspnée sont des procédés de défense encore exagérés par suite de l'anémie cérébrale et de l'excitation nerveuse qui en est la conséquence. DASTRE.

C. DELEZENNE. Démonstration de l'existence de nerfs vaso-sensibles régulateurs de la pression sanguine (*C. R. Acad. des Sc., 29 mars 1897*).

Pour vérifier l'existence de nerfs sensibles dans la paroi des vaisseaux et rechercher si les variations brusques de la pression sanguine sont capables d'agir sur ces nerfs, l'auteur a recours à un artifice expérimental fort ingénieux. Deux chiens sont disposés côte à côte, curarisés et soumis à la respiration artificielle. A l'un d'eux (chien A) on sectionne toutes les

Digitized by Google

parties constituant la base du membre postérieur, sauf les nerfs sciatique et crural ; sur l'autre animal (chien B), on isole les vaisseaux fémoraux et on les abouche avec les vaisseaux de même nom du membre précédemment opéré de A, de sorte que la circulation dans ce tronçon du chien A se fait avec le sang de B, bien que ce tronçon soit encore en continuité nerveuse avec le reste du corps de A. Si alors on excite le bout central par exemple du nerf médian de B, on obtient chez lui une augmentation brusque de la pression aortique ; mais, presque au même instant, il y a aussi une élévation de la colonne mercurielle dans le manomètre en relation avec la carotide de A. Il est évident que ce dernier fait ne peut être que le résultat d'un acte réflexe dont le point de départ a son siège dans la paroi des vaisseaux de la patte isolée, grâce à l'excitation des terminaisons sensitives vasculaires par la variation brusque de pression qui a retenti dans ce tronçon de membre. M. DUVAL.

Sarah AMITIN. Ueber den Tonus der Blutgefässe bei Einwirkung der Wärme und der Kälte (Action du chaud et du froid sur le tonus vasculaire) (*Zeitschr. für Biol.*, *XXXV*, *p. 13*, *1897*).

L'auteur a étudié, au moyen du pléthysmographe de Mosso modifié par Kronecker, les changements de calibre des vaisseaux de l'avant-bras qui se produisent sous l'influence de changements de température de l'eau contenue dans le manchon du pléthysmographe. Ces changements de température étaient produits par la circulation d'eau chaude ou froide passant par un serpentin de plomb contenu dans l'appareil.

L'auteur considère comme indifférente, c'est-à-dire ne produisant ni la sensation de froid, ni celle de chaud une température de l'eau de + 33°.

Conclusions générales :

1° Les influences psychiques provoquent rapidement une augmentation du tonus : resserrement vasculaire. La dilatation peut cependant s'observer sous l'influence de la joie, de la fatigue.

2° Une augmentation lente de la température au-dessus de 33° (jusqu'à 43°) produit une dilatation des vaisseaux.

3° Tout changement brusque de température provoque une vaso-constriction.

4° Si la température du bain reste constante, on n'observe plus de changements ultérieurs du volume du bras.

5° Les températures constantes comprises entre 31° et 12° diminuent le volume du bras, d'autant plus que la température est plus basse.

6° Des températures inférieures à 18° à 12° provoquent immédiatement une contracture tonique des vaisseaux. Le bras refroidi pâlit fortement, puis montre de la cyanose et perd sa sensibilité. Si on le retire du bain, il prend une teinte rouge sombre par suite d'une paralysie passagère des vaisseaux.

7° L'échauffement d'un bras n'influence pas le tonus de l'autre bras. Par contre le refroidissement graduel d'un bras a pour effet d'augmenter par voie réflexe le tonus vaso-constricteur de l'autre bras (supposé placé dans un pléthysmographe à + 33°). LÉON FREDERICQ.

Digitized by Google

I.—A. CHAUVEAU. Effets de la variation combinée des deux facteurs de la dépense énergétique du muscle sur la valeur des échanges respiratoires, témoins de cette dépense, dans le cas de contraction statique (*C. R. Acad. des Sciences, 4 janv. 1897*).

II. — Le même. Méthode nouvelle pour s'assurer si, dans les muscles vivants, comme dans le monde inanimé, le travail positif prend de l'énergie au moteur et si le travail négatif lui en donne (*Ibid., 15 mars 1897*).

III. — Le même. Du travail mécanique de cause purement extérieure, exécuté automatiquement sans dépense supplémentaire d'énergie intérieure, par des muscles en état de contraction statique; le travail positif diminue et le travail négatif augmente l'échauffement musculaire (*Ibid., 22 mars 1897*).

I. — L'étude isolée de la charge soutenue et du raccourcissement du muscle sustenteur, dans le cas de contraction statique, a démontré (*R. M. S.*, XLIX, p. 27) que la dépense énergétique décelée par les échanges respiratoires est proportionnelle d'une part à la charge soutenue, d'autre part au degré de raccourcissement du muscle. Il en résulte que, d'une manière générale, la dépense énergétique est proportionnelle au produit de ces deux facteurs. C'est ce qu'on vérifie, dans des expériences, en combinant les variations de la charge avec celles du raccourcissement musculaire. Dans tous les cas, soit que les deux facteurs croissent simultanément, soit qu'on fasse croître l'un et décroître l'autre, on constate que la dépense, appréciée par les échanges respiratoires, est fonction du produit de la charge soutenue par le degré de raccourcissement du muscle sustenteur.

II. — Contrairement à la dépense énergétique, mesurée par les échanges respiratoires, l'échauffement musculaire qui en résulte ne reste pas uniforme dans toutes les conditions de la contraction statique. — S'il y a soutien simple de la charge totale sans raccourcissement musculaire ou soutien simple de la charge allégée avec raccourcissement, l'échauffement représente intégralement et exclusivement l'énergie dépensée ; mais lorsque le soutien s'accompagne de soulèvement de la charge allégée, l'échauffement est moindre, parce qu'une petite partie de l'énergie passe dans le travail mécanique en quantité exactement équivalente à ce dernier; et quand le soutien s'accompagne de l'abaissement de la charge, reconstituée avec sa valeur primitive, l'énergie intérieure, mobilisée dans le muscle, s'augmente de celle qui y est apportée par le travail mécanique dont l'organe opère le refrènement, c'est-à-dire que l'échauffement musculaire s'accroît alors proportionnellement à ce travail négatif.

III. — Les expériences qui ont donné ces résultats consistent à mettre en évidence les différences d'échauffement introduites dans le muscle en contraction statique, pour le soutien fixe d'une charge, par le travail mécanique intercurrent, positif ou négatif, que provoque l'allègement ou la restitution de la charge. Or si, dans ces mêmes expériences, on remplace les muscles par des boudins de caoutchouc d'excellente qualité, on obtient exactement les mêmes résultats. Comme l'élasticité acquise par le muscle en état de contraction statique est absolument comparable à celle du caoutchouc, il n'est pas douteux que la même loi ne régisse les écarts

Digitized by Google

d'échauffement que détermine, dans les muscles ainsi contractés, la suppression ou le rétablissement d'une partie de la charge qu'ils soutiennent, c'est-à-dire le travail positif et le travail négatif automatiques qui en résultent. Seulement la complication qu'introduit, dans le cas du muscle contracté, la dépense énergétique suscitée par la création de son élasticité, empêche seule les manifestations thermodynamiques de se produire aussi simplement, aussi nettement et aussi facilement que dans le caoutchouc.

M. DUVAL.

CHERECHEWSKI. Le sens musculaire et le sens des attitudes (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur, revenant à l'opinion de Trousseau qui niait l'existence du sens musculaire, veut lui substituer le « sens des attitudes ». Au lieu d'envisager le mouvement comme un phénomène simple, comme une entité pour ainsi dire irréductible, il le considère sous l'aspect de variations d'attitudes soit totales, soit partielles de notre corps et de ses divers segments de sorte que le mouvement perd son autonomie et est réductible à une autre notion. Et du même coup l'agent du mouvement, le muscle, perd considérablement de son importance prédominante vis-à-vis des autres organes, qui, ensemble, contribuent par leur sensibilité à nous renseigner sur nos diverses attitudes. Cette notion du sens des attitudes est telle que l'a définie Bonnier et synthétise d'une part ce qu'on entend en clinique par la conscience de la position des membres, la conscience de l'attitude totale, et d'autre part les notions fournies par les opérations de l'appareil ampullaire de l'oreille interne qui jouent un rôle direct très important dans l'exercice de la motricité tant pour la station et la locomotion que pour la plupart des manifestations de la vie de relation. L'auteur part de ce sens des attitudes pour s'élever aux notions plus élevées d'identité somatique et même de personnalité psychique. Il oublie complètement que l'appréciation des poids, que la conscience de l'activité, de l'effort musculaire au moment même où s'accomplit un mouvement, ne sauraient rentrer dans ce qu'il appelle le sens des attitudes.

P. S.

J. BERGONIÉ. Du mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe des pieds (*Soc. de biol., 10 avril 1897*).

On a contesté l'explication des frères Weber, d'après laquelle le poids du corps est soulevé sur la pointe du pied par le mécanisme du levier du second genre. L'auteur réfute les objections et propose une nouvelle démonstration.

DASTRE.

BARRIER. Morphologie de la trochlée fémorale chez les mammifères (*Soc de biol., 30 janv. 1897*).

La trochlée fémorale a deux types. Chez l'homme, le singe, l'éléphant, le tapir, les camelides, les petits animaux, elle est courte, égale, peu pro-

Digitized by Google

fonde, correspondant à une rotule à ligament unique. Chez les équidés bovidés, rhinocéros, hippopotame, animaux qui restent longtemps debout et dorment dans cette position, la lèvre interne est épaisse, saillante et forme un épaulement qui se loge entre le ligament interne et le ligament médian de la rotule (alors triligamentaire). Cet accrochement empêche la flexion du membre et favorise la station debout. Il suffit pour le maintenir d'une très faible et alternative contraction des muscles cruraux antérieurs. DASTRE.

I. — M. MOUSSU. Fonction parathyroïdienne (*Soc. de biol.*, *16 janv. 1897*).

II. — E. GLEY. Sur la fonction des glandules parathyroïdes, à propos de la communication précédente (*Ibid.*, *30 janv. 1897*).

III. — TOURNEUX et P. VERDUN. Premiers développements et détermination des glandules thymiques et thyroïdiennes chez l'homme (*Ibid.*, *16 janv. 1897*).

IV. — G. MOUSSU. Fonction thyroïdienne; crétinisme expérimental chez le chien, le chat et les oiseaux (*Ibid.*, *23 janv. 1897*).

I. — Les glandes thyroïde et parathyroïde ont une importance fonctionnelle qui a été mise en évidence par les expériences d'ablation. L'ablation simultanée entraîne la mort chez le lapin; la conservation de la parathyroïde entraîne la conservation de la vie et de la santé. Mais l'auteur combat l'idée de la suppléance des deux organes admise par Gley et il conclut de ses expériences sur le chat et le chien qu'il y a deux fonctions distinctes pour ces glandes distinctes; l'une, la thyroïdienne dont la suppression n'amène que des troubles chroniques: l'autre parathyroïdienne dont la suppression provoque des accidents aigus.

II. — L'auteur revendique le fait de l'importance fonctionnelle des parathyroïdes. Quant à l'interprétation (doctrine de la suppléance), il considère que les données sont encore trop insuffisantes pour qu'on puisse la rejeter et accepter la distinction proposée par Moussu, dont les résultats étendent ceux de Hofmeister.

III. — Chez l'embryon humain de 14 millimètres, il y a quatre glandules : deux supérieures, en regard des thyroïdes latérales; ce sont les glandules thyroïdiennes, et deux inférieures, glandules thymiques, arrivant au niveau supérieur du thymus.

IV. — Lorsque, chez le chien et le chat, on fait l'ablation des thyroïdes en respectant 2 ou 4 parathyroïdes, les animaux survivent; mais leur développement est entravé. On a ainsi réalisé chez eux le crétinisme expérimental, atrophique chez les chats, myxœdémateux chez les chiens. La même chose a lieu chez les oiseaux (coqs); il y a crétinisme sans myxœdème.

La conclusion de l'auteur est que la fonction thyroïdienne est une chez les mammifères et les oiseaux; elle préside au développement général de l'organisme et ne saurait être suppléée par la fonction parathyroïdienne. A l'âge adulte, cette fonction devient secondaire. DASTRE.

Digitized by Google

Fr. HOFFMANN et R. BUNZEL. Untersuchungen über den electrischen gesmack (Recherches sur le goût électrique) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 215*).

Le courant électrique agissant sur l'appareil terminal du goût (à l'exclusion des cordons nerveux), provoque des excitations dont on peut se demander si elles ne sont pas dues à des substances électrolytiques (Hermann et Laserstein). Il y a un goût anodique, métallique, acide qui apparaît avec les courants très faibles lorsque l'anode est sur la langue et s'évanouit à l'ouverture du courant. Lorsque la cathode est sur la langue, il y a de même un goût amer et brûlant. Il y a aussi une sensation à l'ouverture dans le cas de la cathode. DASTRE.

R. PFEIDERER. Ein Beitrag zur Pepsin-und Labwirkung (Contribution à l'étude de l'action de la pepsine et du lab) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 605*).

Les acides sont nécessaires à la digestion peptique. Beaucoup d'auteurs les ont comparés à cet égard. On a cherché le rapport existant entre l'avidité des acides, leur pouvoir de conduction électrique, leur facilité de dissociation, leur pouvoir inversif sur le sucre. Les acides se rangent dans l'ordre suivant quant à leur activité digestive peptique : acides chlorhydrique, phosphorique, sulfurique, lactique. Quant à l'action exercée sur la fibrine au début (gonflement), l'action est encore parallèle.

DASTRE.

A. VERHAEGEN. Les sécrétions gastriques : contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique de l'estomac (*La Cellule*, *XII*, *1*, *p. 33*).

Les principales conclusions de cet important travail sont les suivantes. Il existe dans l'estomac une puissance diluante qui joue un rôle important à la fin de la digestion. Elle diminue l'acidité et rend la masse alimentaire qui va passer dans l'intestin beaucoup plus fluide. Cette puissance diluante est considérable et, comme nous ne trouvons pas de trace d'une neutralisation efficace nous pouvons considérer la dilution comme le moyen naturel dont la muqueuse gastrique dispose pour lutter contre la superacidité. Pendant la digestion des repas copieux, le jeu de dilution se fait et se répète fréquemment au pylore. Le chyme qui se trouve à ce niveau, dès qu'il est suffisamment préparé, subit la dilution, tandis que le reste de la masse alimentaire ne subit guère l'influence de toutes ces péripéties. En dehors de cette dilution, la portion pylorique se distingue encore par le fait qu'à son niveau l'acidité monte plus rapidement que près du cardia.

L'estomac ne répond pas de la même façon à toutes les stimulations qu'il subit. La sécrétion s'adapte à la nature des aliments. Or, l'homme, omnivore, présente à son estomac deux grandes classes d'aliments : les albumines et les hydrates de carbone, aliments dont la digestion réclame des conditions opposées. Il est donc probable qu'il existe deux sécrétions différentes qui répondent à ces deux catégories de substances. On peut admettre qu'il existe encore une foule d'autres substances sapides, ca-

Digitized by Google

pables de produire le même effet que l'albumine. Il ressort de cet exposé que l'hyperchlorhydrie et l'hypochlorhydrie ne sont pas des phénomènes pathologiques. Dès que les digestions traînent en longueur l'attention du médecin devra se porter sur l'intestin. A. NICOLAS.

Émile MAGE. Contribution à l'étude de la peptogénie (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'auteur essaie de démontrer expérimentalement que diverses substances ont le pouvoir d'augmenter la sécrétion du suc gastrique.

Ces substances sont donc indiquées toutes les fois que l'on veut augmenter le pouvoir digestif de l'estomac, soit parce qu'il est au-dessous de la normale, soit parce que le malade a besoin d'être suralimenté.

Les substances peptogènes doivent être données (voie stomacale ou voie rectale), une heure avant le repas. Citons parmi elles les suivantes : peptone (5 grammes avant chaque repas), dextrine (dose double), gélatine, bouillon, quinquina, menthe. A. DONNADIEU.

Jiro TSUBOI. Ueber die Stickstoffausscheidung aus dem Darm (Excrétion d'azote à la surface de l'intestin (*Zeitschr. f. Biol., XXXV, p. 88, 1897*).

L'auteur résume les nombreux travaux de C. Voit et de ses élèves sur l'origine de l'azote des excréments. Chez le carnivore nourri de viande ou de viande additionnée de quantités modérées de graisse ou de fécule, la plus grande partie de l'azote des excréments ne provient pas des ingesta, mais est excrété à la surface des intestins. Il analyse les excréments d'un chien privé d'aliments, puis nourri avec 132 grammes d'aliments non azotés, puis avec 305 grammes d'aliments non azotés. Dans le premier cas, les excréments contiennent chaque jour 0,14 grammes d'azote, dans le second, 0,24 grammes et dans le troisième 0,57 grammes. Tout cet azote a évidemment été excrété par l'intestin. On voit que l'alimentation même exempte d'azote a pour effet d'augmenter notablement l'excrétion d'azote intestinal. L'augmentation d'azote des excréments est du même ordre après l'ingestion d'aliments azotés, de viande, et dépend aussi sans doute dans ce cas d'une augmentation de l'excrétion d'azote.

C'est donc une erreur de considérer l'azote des urines comme représentant la totalité de l'azote excrété, et de prendre l'azote urinaire comme mesure unique de la destruction organique des albuminoïdes.

LÉON FREDERICQ.

Adolf BUECKER. Action de la bile et des sels biliaires sur le système nerveux (*C. R. Acad. des Sc., 29 mars 1897*).

L'application de la bile concentrée ou des sels biliaires sur la surface du cerveau provoque, chez les divers mammifères, des phénomènes cérébraux divers, caractérisés surtout par des convulsions et de la perte de connaissance, accompagnées de salivation. Ces symptômes rappellent ceux de certains ictères graves. M. DUVAL.

Digitized by Google

J. LOEB. Zur Theorie der physiologischen Licht und Schwerkraftwirkungen (Théorie de l'effet physiologique de la lumière et de la pesanteur) (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 439*).

Il s'agit des problèmes fondamentaux de la physiologie générale. Le premier chapitre est consacré aux analogies que l'auteur aperçoit entre l'action du courant constant et celle de la lumière. L'intensité lumineuse affecte d'une façon durable la tension musculaire, comme le courant électrique. C'est la rapidité du changement d'intensité qui détermine la continuation du changement de tension. Qu'il s'agisse d'électricité et de lumière ou d'effets chimiques, l'orientation que prend l'animal est telle que les points symétriques de la surface du corps soient rencontrés sous le même angle, par les rayons lumineux, par les courbes du courant et par les lignes de diffusion. — Le second paragraphe est consacré à l'explication des phénomènes pathologiques dûs à l'action excitatrice de la lumière. Il y a un effet réflexe exercé par la lumière sur la tension des muscles, sur les échanges matériels, sur les fibres de l'iris; à ces phénomènes correspondent, dans l'ordre pathologique, les phénomènes de Romberg, de Delage et d'Ewald. L'auteur étudie, en troisième lieu, l'energétique des phénomènes géotropiques, et la distinction que l'on a établie entre le géotropisme des plantes fixées, et le geotaxis des êtres libres. Il termine par l'examen du prétendu sens lumineux des animaux privés d'yeux. DASTRE.

Th. LOHNSTEIN. Ueber den Brechungsindex der menschlichen Hornhaut (Indice de réfraction de la cornée humaine) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 210*).

En partant de considérations théoriques, l'auteur arrive à fixer l'indice de réfraction de la cornée humaine à 1,373, chiffre qui est intermédiaire aux deux valeurs déterminées expérimentalement par Aubert et Matthiessen et qui seules, par conséquent, méritent confiance. DASTRE.

P. MERMET. Du rôle protecteur de l'épithélium antérieur cornéen dans l'exosmose oculaire (*Soc. de biol.*, *9 janv. 1897*).

La cornée s'oppose à l'exosmose oculaire, par l'épithélium cornéen (Laqueur), ou par l'endothélium de Descemet (Leber). C'est l'hypothèse de Laqueur qui est exacte, pour les raisons suivantes : 1° les endothéliums sont diffusants; 2° dans la kératite bulleuse du glaucome l'humeur aqueuse soulève l'épithélium cornéen par places, sans le traverser ; 3° on ponctionne la chambre antérieure en procédant en arrière par la sclérotique. On remplace (lapin) l'humeur enlevée par une solution de sel de fer à 2 ou 5 0/0. Puis on instille sur la cornée du ferrocyanure. On n'observe pas de bleu de Prusse, sauf sur les points où l'on a préalablement altéré l'épithélium cornéen. DASTRE.

A. BROCA. Des images subjectives normales et pathologiques (*Soc. de biol. 23 janv. 1897*).

L'observateur a la tête dans une chambre noire : un obturateur photographique permet de recevoir dans l'œil l'image d'un objet éclairé par la

Digitized by Google

lumière solaire pendant des temps variant entre trois centièmes de seconde et 4 secondes. Il se produit une image consécutive, qui met toujours 7 secondes à apparaître, croît jusqu'à 15 secondes. L'image du soleil à 3 centièmes de seconde de pose, apparaît donc au bout de 7 secondes, croît jusqu'à 15 secondes et dure 3 à 4 minutes. Avec 4 secondes de pose, la persistance dure 24 heures. C'est un phénomène de persistance, non de l'impression rétinienne, mais des modifications produites par l'impression dans l'état des éléments rétiniens, ce qui revient d'ailleurs au même; modification qui se répare plus ou moins lentement.

DASTRE.

J. v. KRIES. Ueber das Sehen des total farbenblinden Netzhautzon (Vision par la partie de la rétine qui ne jouit pas de la sensibilité aux couleurs (*Centralbl. f. Physiol.*, *X*, *p. 745*, *1897*).

On sait que l'œil adapté pour un très faible éclairage (et dans lequel les bâtonnets seuls fonctionnent d'après V. Kries), présente son maximum de sensibilité pour les rayons vert-bleuâtres du spectre (longueur d'onde 540 $\mu\mu$). Pour cette adaptation crépusculaire, le bleu et le violet paraissent plus lumineux que le rouge. L'auteur mesure au moyen de méthodes fort ingénieuses, la sensibilité relative de la région périphérique de la rétine (qui ne distingue pas les couleurs) aux différentes lumières colorées et constate qu'ici le maximum de sensibilité correspond au jaune orangé (longueur d'onde 600 $\mu\mu$). Il compare la *sensibilité crépusculaire* du centre de la rétine à la *sensibilité ordinaire* de la périphérie de la rétine pour les différentes régions du spectre et constate que ces deux sensibilités obéissent à des lois différentes, que par conséquent la sensibilité périphérique de la rétine doit dépendre; en partie au moins, d'un autre appareil nerveux que la sensibilité crépusculaire (bâtonnets seuls).

Je ne puis décrire ici les méthodes assez compliquées employées par l'auteur et me bornerai à indiquer une expérience très simple qui peut servir à démontrer la différence d'impression faite par la même couleur rouge sur la périphérie de la rétine et sur le centre adapté pour la vision crépusculaire.

On place des découpures de papier rouge sur une feuille de papier gris que l'on choisit par tâtonnement suffisamment sombre pour que le rouge apparaisse comme tache claire, incolore bien entendu, à la vision indirecte par la périphérie de la rétine, en pleine lumière. Puis on regarde directement les mêmes fragments rouges avec un éclairage très faible, l'œil étant bien adapté pour la vision crépusculaire : dans ces conditions, les papiers rouges font des taches sombres sur le fond gris.

LÉON FREDERICQ.

M. SÄNGER. Ueber die Entstehung des Näselns (Sur l'origine du nasonnement) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 467*).

Le nâsonnement se produit lorsqu'il y a communication, de quelque cause soit-elle, entre la cavité bucco-pharyngienne et les fosses nasales;

Digitized by Google

mais ce n'est pas une condition suffisante, car si l'on chante, bouche fermée, en prononçant M ou N, le retentissement nasal ne se produit pas. Ce n'est pas à la résonnance de l'air des fosses nasales qu'est dû ce timbre. L'auteur en fournit une démonstration nouvelle. DASTRE.

A. LÖWY. Ueber den Einfluss der verdünnten Luft und der Hohenklimas auf den Menschen (Influence de l'air raréfié et du climat des altitudes sur l'homme) (*Arch. f. die ges. Physiol.*, *LXVI*, *p. 477*).

Mosso, d'une part; Schumbourg et Zuntz, d'autre part, ont étudié la respiration de l'homme sur le mont Rose, en la comparant à la respiration en plaine. Le premier a constaté le caractère périodique de la respiration; les autres, mesurant l'oxygène et l'acide carbonique ont trouvé une élévation des deux nombres, le quotient respiratoire restant constant. Ceci pendant le repos. Au contraire, pendant la période de travail on trouva une consommation d'oxygène plus considérable qu'en plaine, pour le kilogrammètre. L'auteur reprend ces recherches de respiration au repos et en activité, à Berlin, dans le cabinet pneumatique, avec l'ergostat, et d'autre part en montagne. On mesure l'oxygène, l'acide carbonique, la densité du sang, le nombre des globules. Les choses se passent différemment, dans le cabinet pneumatique et sur la montagne, dans le repos ou dans le travail, quant au volume respiratoire et quant à la consommation d'oxygène. Le volume respiratoire augmente dans l'air raréfié, mais différemment dans le cabinet pneumatique et sur la montagne, et différemment suivant les individus. La consommation d'oxygène est différente en montagne de ce qu'elle est dans le cabinet pneumatique. L'air des hauteurs n'agit pas seulement par sa raréfaction. Dans l'air raréfié il n'y a pas de changement de la respiration, ni des échanges respiratoires, au repos ou en activité. Cependant l'air simplement raréfié exercerait sur les centres nerveux de la respiration une action se traduisant par l'augmentation du volume respiratoire dans le cas de travail musculaire et même à l'état de repos. L'air des hauteurs agit autrement. Les échanges généraux sont augmentés. L'air des montagnes stimule les échanges matériels à l'état de repos et plus encore pendant le travail. La mécanique respiratoire est activée, quant au volume d'air et quant à la fréquence. Cette augmentation s'accroît avec la hauteur. Ce n'est point le manque d'oxygène qui joue un rôle. Il faut signaler le fait de l'accoutumance aux excitations de l'air des montagnes. Enfin il n'y pas d'épaississement du sang ni d'augmentation du nombre des globules. DASTRE.

W. KUEHNE. Ueber die Bedeutung des Sauerstoffs für die vitale Bewegung (Importance de l'oxygène pour les mouvements du protoplasme) (*Zeitschr. für Biol.*, *XXXV*, *p. 43*, *1897*).

Etude de la disparition des mouvements du protoplasme des poils staminaux de *Tradescantia* sous l'influence de la privation d'oxygène (réalisée par l'action du fer réduit, des sels ferreux, sulfure de sodium, hydrogène sulfuré, pyrogallol, etc, courants de gaz inertes) et de leur réapparition par l'addition d'oxygène, après un stade d'asphyxie passa-

Digitized by Google

gère. Pendant l'asphyxie passagère, les excitants les plus énergiques tant mécaniques, qu'électriques ou chimiques n'ont aucun effet sur le protoplasme. LÉON FREDERICQ.

I. — Fr. SCHENCK. Kritische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Protoplasmabewegung und Contraction (Contribution critique et expérimentale à l'étude du mouvement et de la contraction du protoplasma) (*Archiv f. die ges. Phys., LXVI, p. 241*).

II. — Wilh. ROUX. Berechtigungen zü M. Verworn's Mittheilung, etc. (Rectification à propos de la communication de M. Verworn sur l'excitation polaire de la substance vivante, et sur les modifications mécaniques imprimées au développement (*Ibid., p. 320*).

I. — L'auteur examine l'action du courant électrique sur les protistes et spécialement les amibes. Il relève plusieurs conceptions erronées de Verworn, sa théorie de la contraction en particulier qu'il montre être contradictoire à la loi de conservation de l'énergie et aux théories physiques. Enfin il montre aussi l'erreur de la doctrine dite de la physiologie cellulaire.

II. — L'auteur prétend avoir été mal compris et mal interprété par Verworn ; tout ce que cet auteur lui attribue serait inexact. Il conteste que Hertwig ait obtenu le développement d'un animal complet au moyen d'une seule sphère de segmentation. Il s'explique sur l'épigénèse et l'évolution. DASTRE.

I. — L. JACQUET et L. BUTTE. Recherches expérimentales sur le mécanisme de l'hyperémie cutanée (*Soc. de biol., 16 janv. 1897*).

II. — A. DASTRE. Observation à propos de l'expérience de la section du cordon cervical (*Ibid.*).

I. — Pour vaincre le tonus vasculaire la seule section du sympathique ne suffirait pas ; il faudrait, en outre, une irritation locale. En protégeant l'oreille du lapin contre toute irritation locale la section du cordon cervical ne produit pas, le plus souvent, de dilatation vasculaire.

II. — Il y a des conditions classiques, pour la réussite de l'expérience en question. C'est quelqu'une de ces conditions qui a été négligée dans l'expérience des auteurs précédents. DASTRE.

Digitized by Google

CHIMIE MÉDICALE.

E. NAWRATZKI. Beiträge zur Kenntniss der cerebrospinalflüssigkeit (Sur le liquide cérébrospinal) (*Arch. f. Physiol.*, *p. 156*, *1897*).

L'auteur a utilisé plus de deux litres de liquide cérébrospinal provenant de 85 veaux, pour y constater la présence d'une substance réductrice, dextrogyre, fermentescible, donnant une phénylglycosazone fondant à 204°, identique avec la dextrose — et non avec la pyrocatéchine (0,0461 0/0 de sucre). Ce liquide contenait 0,0125 à 0,0281 0/0 d'albuminoïdes (uniquement de la globuline).

Le liquide cérébro-spinal de l'homme (obtenu par la ponction de Quincke chez des malades atteints de paralysie progressive) contient également du sucre et 0,0468 à 0,1696 0/0 d'albumine.

Le sucre du liquide cérébrospinal diminue rapidement en quantité après la mort, bien avant qu'on ne puisse songer à incriminer la putréfaction.

LÉON FREDERICQ.

R. CAPORALI et L. SIMONELLI. Alcune ricerche sul chimismo gastrico fisiologico e patologico (*Il Morgagni, p. 773, déc. 1896*).

La sécrétion gastrique fait défaut à jeun chez les individus sains; à l'état pathologique, on la trouve dans 2 0/0 des cas. Physiologiquement, avec le repas d'épreuve de de Renzi (2 œufs à peine cuits, 50 grammes de pain et 300 grammes d'eau), qui est préférable à d'autres repas plus en vogue, il ne reste plus, au delà d'une heure, qu'une petite quantité de résidus alimentaires insuffisante pour un examen chimique complet; aussi est-il nécessaire de retirer le liquide exactement une heure après le repas. Chez tous les malades atteints de gastropathies, il y a une insuffisance motrice notable du ventricule. Dans le catarrhe gastrique chronique, le catarrhe gastro-intestinal, la gastroptose et le saturnisme, il y a une diminution marquée du chlore total, principalement de l'acide chlorhydrique combiné, ce qui atteste l'insuffisance du travail utile de digestion stomacale. Dans le carcinome gastrique, il y a une diminution prononcée du chlore et spécialement de l'acide chlorhydrique libre. Dans l'ulcère de l'estomac et dans l'ulcère du duodénum, il y a une augmentation sensible de l'acide chlorhydrique libre, tandis que l'acide chlorhydrique combiné est plutôt diminué. GEORGES THIBIERGE.

P. VAUTHEY. Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique; fermentations stomacales et leurs gaz (*Thèse de Lyon*, *1897*).

A l'état pathologique, on trouve, dans l'estomac, les mêmes gaz qu'à l'état normal, mais en plus grande abondance et à des proportions va-

Digitized by Google

riables dans leur mélange. Leurs deux principales origines sont les fermentations anormales et l'air atmosphérique introduit par l'œsophage. Les fermentations gazeuses de l'estomac se font le plus souvent aux dépens des substances hydrocarbonées, plus rarement des matières albuminoïdes. Elles sont provoquées par l'activité des ferments, levures, bactéries. Parmi les causes favorisantes, la dilatation avec insuffisance motrice, la stagnation est la plus importante. Le suc gastrique et son HCL n'ont qu'une action antiseptique relative : les fermentations secondaires se font aussi bien en leur présence qu'en leur absence. Les fermentations les plus habituelles sont la fermentation lactique, butyrique, alcoolique, acétique, albuminoïde. Elles dégagent CO^2, H^2, H^2S ; CH^4 en petite quantité ; quelquefois C^2H^4. La direction de la fermentation dépend surtout de la nature du milieu fermentescible. Les expériences de fermentations à l'étuve peuvent donner une idée de ce qui se passe dans l'estomac.

Parmi les phénomènes pathologiques observés chez les nerveux, il faut citer surtout : l'éructation hystérique (spasme de la musculature de l'estomac), l'aérophagie ou déglutition involontaire d'air atmosphérique (spasme du pharynx), la tympanite avec ses deux formes : exagération des gaz provenant de l'air atmosphérique, ou relâchement subit de la couche musculaire stomacale.

Le traitement est dirigé contre la maladie primitive et contre les fermentations ; trois indications à remplir : combattre la stagnation, lutter contre les processus fermentatifs par les antiseptiques, traiter les symptômes. Enfin, on traitera la névrose, s'il y a des phénomènes hystériques.

H. FRENKEL.

A. ILJISCH. Sur la quantité d'urine de jour et de nuit et sur les pertes cutanées pulmonaires dans les hydropisies de diverses origines *(Thèse de St-Pétersbourg, 1896).*

1° Chez les personnes atteintes d'affections des reins, du foie et du cœur accompagnées d'œdèmes et d'hydropisies des cavités, on observe une prédominance de l'excrétion rénale la nuit par rapport au jour, contrairement à ce qui a lieu chez l'homme sain. Cette différence est surtout marquée dans la cirrhose du foie ; elle est moindre dans les affections rénales et encore moindre dans les maladies du cœur. 2° Dans les maladies des reins, l'exagération de la diurèse nocturne a lieu aussi sans qu'il y ait des œdèmes, ce qui ne s'observe pas dans les maladies du cœur, dans la phase de compensation. 3° Dans le décubitus au lit pendant plusieurs jours, la prépondérance de la diurèse nocturne est moins prononcée que quand le malade se lève le jour, ne fût-ce que pendant une partie de la journée. Cette différence est surtout nette chez les brightiques. 4° A la phase de disparition des œdèmes, l'augmentation de la diurèse nocturne est encore plus prononcée que pendant la phase d'état stationnaire des œdèmes. Ce fait est surtout net dans les hydropisies brightiques et hépatiques. 5° Les pertes cutanéo-pulmonaires chez les brightiques et chez les cardiaques présentent les mêmes rapports que chez l'homme sain dont les pertes diurnes l'emportent un peu sur les pertes nocturnes en eau ; tandis que dans la cirrhose hépatique les

Digitized by Google

dernières tendent à égaler ou à dépasser celles-là. Dans la phase de diurèse exagérée, la quantité relative des pertes cutanéo-pulmonaires diminue un peu la nuit parallèlement avec l'augmentation de la diurèse nocturne; mais la quantité absolue de ces pertes pendant vingt-quatre heures est accrue. H. FRENKEL.

E. DOBROVOLSKI. Sur la présence de l'albumine et des cylindres urinaires dans l'urine des femmes enceintes, pendant et après les couches (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897*).

Sur 79 cas de grossesse, 48 (60,7 0/0) présentaient de l'albuminurie, dont 39 pendant les deux derniers mois de la grossesse. Les cylindres n'ont été trouvé que chez des femmes au 9e et 10e mois de la grossesse; chez les dernières deux fois plus souvent que chez les premières.

Dans 157 cas de puerpéralité, on a constamment trouvé de l'albumine dans les urines émises immédiatement après les couches, aussi bien chez les primipares que chez les multipares. Chez les primipares, l'albuminurie abondante est deux fois plus fréquente que chez les multipares; pour l'albuminurie légère, la proportion est inverse. Les cylindres ont été trouvés dans 86 cas; trois fois plus souvent chez les primipares que chez les multipares.

L'albuminurie de la grossesse et de la puerpéralité a une origine rénale. H. FRENKEL.

Horton SMITH. The urine in typhoid fever (*The Lancet, p. 445, 13 fév. 1897*).

Les observations anciennes dans lesquelles il est noté que le bacille typhique aurait été rencontré dans les urines de typhoïdiques dès la première semaine sont contestables, car la différenciation d'avec le coli commune a été insuffisante. En évitant cette cause de confusion, l'auteur a examiné l'urine de 8 typhiques et y a trouvé le bacille d'Eberth; mais ces bacilles n'apparaissaient dans l'urine que dans la troisième semaine et même plus tard. L'examen de l'urine rendra donc peu de services au point de vue du diagnostic. Ces constatations imposent la désinfection des urines. P. MAUBRAC.

A. CECOCI. Sul valore della determinazione del fosforo organico nelle urine normali e patologiche (*Il Morgagni, p. 709, nov. 1896*).

La détermination du phosphore organique éliminé par les urines dans les états morbides qui produisent soit une diminution de l'oxygène dans les tissus, soit une consommation ou une destruction des substances riches en lécithine, n'a pas d'utilité réelle pour le diagnostic ou le pronostic des maladies ou, en général, pour l'étude de la pathologie des échanges. L'organisme sain ou malade se trouve toujours dans la possibilité de conduire régulièrement jusqu'à la fin l'oxydation des substances organiques phosphorées quelles que soient leur provenance ou leur nature. Une faible partie de celles-ci peut seule échapper aux processus d'oxydation, parce qu'elle arrive trop rapidement dans le rein et elle est en rapport avec la quantité d'urine. GEORGES THIBIERGE.

Digitized by Google

HIS. Untersuchungen an Gichtkranken (*Berlin. klin. Woch., p. 970, 26 oct. 1896*).

His a dosé la quantité d'acide urique éliminée en 24 heures par les urines dans 17 cas de goutte articulaire aiguë ; à part 3 fois, il est arrivé à un résultat constant qu'il considère comme pathognomonique et qu'il formule ainsi : Avant l'accès, il y a diminution de l'excrétion d'acide urique ; après l'accès, il y a augmentation de cette excrétion qui persiste plusieurs jours. Quand les accès se répètent coup sur coup, cette évolution typique est abrégée ou fait défaut.

Il n'existe aucun rapport fixe entre la goutte et les corps alloxuriques. Les alcalis, les eaux minérales alcalines, les alcalins végétaux, la lysidine, la pipérazine et autres soi-disants agents dissolvants de l'acide urique, n'influencent pas nettement l'élimination de l'acide urique; fait seul exception, le lithium qui, aux doses journalières de 50 centigrammes à 1 gramme, produit une faible diminution de l'acide urique excrété dans les 24 heures. J. B.

E. NEBELTHAU. Einwirkung von Formol auf Harne und Harnsedimente (*Berlin. klin. Woch., p. 1163, 28 déc. 1896*).

Quand on ajoute du formol à une urine albumineuse, il y a précipitation de l'albumine au bout de quelque temps et les éléments figurés de l'urine restent en bon état de conservation (Gumprecht : *Centralbl. für innere Medicin* 1896, n° 30).

Ces propriétés du formol rendent possible un examen microscopique fructueux d'urines ne contenant qu'une petite quantité d'albumine, comme le fait Gumprecht. Si, dans un verre à pied, on additionne cette urine d'une quantité égale de formol, au bout d'un temps variable de 1 à 6 heures, l'albumine se coagule et on distingue dans le liquide des flocons qu'on peut facilement recueillir avec la pipette. Ces flocons renferment, bien conservés et inclus dans de frêles coagulations d'albumine, les éléments figurés (cylindres, cellules, microbes) contenus dans l'urine.

En revanche, l'adjonction à une urine riche en albumine d'une quantité égale de formol, précipite l'albumine et ce précipité gêne l'examen microscopique. En diminuant la proportion de formol, on peut cependant ralentir et restreindre suffisamment la coagulation de l'albumine pour que l'examen microscopique des éléments figurés de l'urine puisse s'effectuer dans de bonnes conditions.

Les sédiments uratiques, incommodes pour l'examen microscopique, sont lentement dissous par le formol ajouté, tandis que les éléments figurés entraînés dans le dépôt sont bien visibles. J. B.

Jules AMANN. Un nouveau procédé de dosage clinique des phénols de l'urine (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 657*).

Pour doser les phénols de l'urine, Amann recourt à la méthode colori-

Digitized by Google

métrique qui ne réclame qu'une heure, tandis que le dosage par le brome exige plusieurs jours.

Il utilise à cet effet deux réactions des phénols, obtenues, l'une au moyen du réactif de Millon qui donne une coloration rouge cerise à chaud; l'autre, plus caractéristique et plus sensible, en faisant agir l'acide paradiazobenzolsulfonique sur les phénols en solution alcaline; il se forme dans ces conditions des azobenzolphénolsulfonates acides ou neutres dont la couleur varie du jaune orange au rouge foncé, suivant les phénols. Les deux réactions en question ne peuvent se faire directement avec l'urine elle-même; il est nécessaire de mettre les phénols en liberté en décomposant les phényl-et crésylsulfates par l'acide sulfurique et de distiller, afin de les isoler.

Le réactif de Millon a pour lui les avantages du bon marché et de la conservation indéfinie; par contre, il exige l'emploi de la chaleur et la coloration qu'il donne s'altère assez rapidement. La solution d'acide diazobenzolsulfonique dans l'eau distillée doit, d'autre part, être extemporanée et cette réaction exige l'emploi d'une deuxième solution de carbonate de sodium chimiquement pur; mais la réaction se fait à froid et la coloration persiste pendant un temps très long.

Amann indique ensuite la manière d'exécuter le dosage avec l'un ou l'autre des réactifs et le mode de préparation des liquides étalons.

J. B.

Th. BOGOMOLOW. Beitrag zur quantitativen Bestimmung des Peptons im Harn (Dosage de la peptone dans l'urine) (*Centr. für med. Wiss., p. 49, 1897*).

L'auteur rappelle les procédés de Hofmeister et de Devoto.

Il propose de rechercher (il n'est pas question de dosage), la peptone dans les urines, par l'un des procédés suivants:

A. — Additionner l'urine d'un excès d'une solution concentrée d'acide trichloracétique qui précipite toutes les matières albuminoïdes, sauf la peptone. Filtrer, rechercher la peptone dans le filtrat par la soude et le sulfate de cuivre, ce qui donne la coloration vineuse caractéristique (réaction du biuret). On peut aussi se borner à évaporer le filtrat au bain-marie dans un verre de montre, ou laisser sécher des bandes de papier à filtre trempées dans le liquide: coloration d'abord rose, puis violette.

B. — Saturer l'urine à l'ébullition au moyen de sulfate d'ammoniaque qui précipite les albuminoïdes, mais non la peptone, filtrer, additionner le filtrat d'acide salicylsulfonique en cristaux. La peptone donne un précipité qui se redissout par addition d'eau. LÉON FREDERICQ.

W.-N. KOSSOWSKI. Sur l'élimination par les reins des microbes et des émulsions graisseuses (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

1° A l'état normal, les reins n'éliminent pas du sang ni les spores du bacille des foins et les pneumocoques, ni les graisses finement émulsionnées injectées dans le sang. Sur 150 expériences, il n'y a eu que 6 résultats positifs. 2° Pour que les spores du bacille des foins et le pneumocoque puissent apparaître dans l'urine, il faut admettre l'existence

Digitized by Google

d'une lésion rénale, hémorragie capillaire le plus souvent. 3° La graisse émulsionnée n'est éliminée par les reins que si l'injection dans le sang a été répétée et faite à doses massives. 4° La graisse émulsionnée disparaît des vaisseaux rénaux au bout d'un ou deux jours. 5° Les spores du bacille des foins sont déposés par le sang dans les organes viscéraux au bout de quelques heures, comme le vermillon, l'encre de Chine et les autres substances insolubles. 6° Les spores du bacille des foins ne périssent dans l'organisme animal que très lentement; au bout de 2 mois après l'injection on peut les cultiver encore avec le tissu du foie et de la rate. 7° Le pneumocoque injecté dans le sang des animaux immunisés disparaît du sang au bout de 8 heures. 8° En injectant de faibles doses du pneumocoque dans le sang des lapins, on peut en observer la disparition complète et temporaire, ce qui montre que le pneumocoque ne s'y multiplie pas d'emblée. H. FRENKEL.

H. MICHAELIS. Ueber die Veränderung des Chylusfette im Blute (Transformation de la graisse provenant du chyle dans le sang) (*Archiv f. Physiol., p. 146, 1897*).

Si l'on fait passer un courant d'air à travers un mélange de chyle graisseux et de sang, on constate une diminution de la quantité de graisse. Cette graisse est peut-être saponifiée : elle ne paraît pas oxydée, car il n'y a pas une augmentation correspondante de CO^2 produit.

La diminution de la graisse ne se produit plus si l'on se borne à mettre les liquides en contact, sans faire passer d'air, ou si l'on remplace le sang par du sérum. Cette fonction lipolytique du sang paraît liée à la présence de l'hémoglobine des globules : elle joue sans doute un rôle dans la disparition de la graisse du sang après un repas riche en graisse.

LÉON FREDERICQ.

A. GUILLEMONAT. Teneur en fer du foie et de la rate chez le fœtus humain (*Soc. de biol., 9 janv. 1897*).

La femme a, dans le foie et la rate, moins de fer que l'homme. Chez les fœtus à terme la moyenne est, pour le foie, 0,26 0/00 de tissu sec, c'est-à-dire un chiffre notablement plus fort que chez l'adulte femme et égal à celui de l'homme. Pour la rate, la moyenne (0,14 à 0,18) est inférieure à celle de l'adulte (0,23 à 0,32). DASTRE.

Cl. REGAUD. De l'hémosidérose viscérale et des cirrhoses du foie, dites pigmentaires; observations de cirrhose atrophique du foie avec hémosidérose (*Soc. de biol., 10 avril 1897*).

L'*hémosidérose* ou *sidérine* de Quincke est un pigment insoluble, donnant la réaction des sels ferriques et provenant de l'hémoglobine, qui se rencontre dans les anciens foyers hémorragiques et dans le foie cachectique. Ce serait un hydrate ferrique, d'après Kunckel (1881), à placer à côté de la ferratine, de l'hépatine, etc., fait retrouvé par Lapicque et Auscher.

Digitized by Google

L'hémosidérose n'est pas un état pathologique nouveau comme le voudrait Letulle; on la rencontre dans les cachexies les plus variées, dans les cas de destruction globulaire et de lésions du foie, particulièrement dans l'atrophie scléreuse hépatique. DASTRE.

E. ZANDER. Vergleichende und Kritische Untersuchungen zum Verständnisse der Iodreaction des Chitines (La réaction de l'iode sur la chitine au point de vue critique et comparatif (*Archiv f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 545*).

Certaines solutions salines renforcent la réaction de l'iode sur les hydrates de carbone, tels les chlorures de sodium et d'ammonium. D'autres solutions amènent un changement de couleur; avec l'acétate de soude, le glycogène devient violet; la cellulose se décolore ou prend la couleur violette avec le chlorure de zinc. La réaction de l'iode dépend donc de la quantité d'iode qui ne doit être ni trop grande ni trop faible, de la concentration de la solution saline. L'auteur confirme l'opinion de Sundwick sur la chitine qui appartiendrait aux hydrates de carbone. Les solutions salines d'iode, le chlorure de zinc, rapprochent la chitine du glycogène. On peut distinguer deux formes de chitine. La coloration de la chitine homogène est brune avec le chlorure de zinc; la coloration violette ne se montre que s'il y a du protoplasma cellulaire. DASTRE.

E. HANRIOT et L. CAMUS. Dosage de la lipase (*Soc. de biol.*, *30 janv. 1897*).

L'activité de la lipase croît de 0° à 50° et décroît ensuite. Elle se conserve intacte vers 55°, mais disparaît brusquement aux environs de 60°, pour cesser à 72°. — Les produits de la réaction ont peu d'influence sur l'activité du ferment. — Dans des temps courts, l'activité est proportionnelle à la quantité de sérum ajouté, c'est-à-dire de lipase. Pour doser l'activité lipasique d'un liquide, on en prend 1 centimètre cube que l'on ajoute à 10 centimètres cubes d'une solution de monobutyrine à 1 0/0. On ajoute de la phtaléine et on sature exactement par le $Na^2 Co^3$. On chauffe 20 minutes à 25° et on sature de nouveau par la solution de carbonate de soude. Le nombre de gouttes mesure l'activité lipasique. DASTRE.

N. ZUNTZ et BOGDANOW. Ueber die Fette des Fleisches (Sur la graisse de la viande (*Archiv f. Physiol.*, *p. 149*, *1897*).

La viande contient deux espèces de graisses : 1° de la graisse semblable à celle du corps (stéarine, palmitine, oléine), facile à extraire au moyen de l'appareil de Soxhlet, et contenue dans le tissu conjonctif du muscle; 2° une graisse riche en acides gras volatils libres, très difficile à extraire par l'éther et contenue à l'intérieur même des fibres musculaires, comme le montre le traitement par l'acide osmique pratiqué à différents stades du dégraissement par l'éther.

La graisse propre à la substance contractile des fibres musculaires augmente dans les muscles sous l'influence du repos, dû à la curarisation la circulation étant intacte; elle diminue sous l'influence de la tétanisation

Digitized by Google

prolongée des muscles, surtout si l'on arrête en même temps la circulation. Cette graisse musculaire paraît donc jouer un rôle dans le phénomène de la contraction. Ces dernières expériences furent faites avec des muscles de grenouille. LÉON FREDERICQ.

A. SCHMIDT. Schleim im Stuhlgang (Le mucus des garde-robes) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII, p. 260*).

Ni l'abondance ni l'aspect du mucus mêlé aux fèces ne suffit à créer une entité morbide dans l'entérite membraneuse. S. admet seulement comme ayant une existence définie la colite muqueuse de Nothnagel. La dilution aqueuse ou alcaline des fèces ne renferme certainement pas de mucus ; la fibrine n'a pu être trouvée d'une façon certaine dans les selles glaireuses. La substance fondamentale des fausses membranes fécales est au contraire formée de mucus. Mais elles renferment toujours en plus une quantité très notable de matières grasses et de savons. Ainsi s'explique le peu de résistance de ces masses à l'égard des divers agents chimiques.

L'absence de substance mucineuse intermédiaire offre pour le diagnostic des processus ulcéreux de l'intestin plus d'importance que l'abondance de cellules rondes. Celles-ci sont en général plus nombreuses qu'on ne l'a longtemps cru dans le mucus de l'intestin.

L'origine des particules muqueuses ne peut être actuellement précisée par aucun signe certain. Cependant quand on y trouve des cellules en grande partie digérées, digérées jusqu'au noyau, il est très probable que les débris muqueux proviennent de l'intestin grêle. A. PLICQUE.

I. — P. REGNARD et Th. SCHLŒSING. L'argon et l'azote dans le sang (*C. R. Acad. des Sc., 8 fév. 1897*).

II. — Christian BOHR. Absorption de l'azote et de l'hydrogène par le sang (*Ibid., 22 fév. 1897*).

I. — Pour rechercher l'argon dans le sang, il a fallu opérer sur des quantités considérables de ce liquide (10 litres sang de cheval) et éviter qu'il subit aucun contact avec l'air. Dans ces conditions l'analyse a donné environ quatre dixièmes de centimètre cube par litre de sang. Or, si sa présence dans le sang ne dépendait que d'une simple dissolution au contact de l'air, on ne devrait en trouver qu'environ deux dixièmes de centimètre cube. Pour rendre compte de cette surcharge de sang en argon, faut-il recourir à l'hypothèse d'une combinaison instable de l'argon avec un élément du sang ? Ce qu'on sait des propriétés de l'argon ne l'autorise guère. Mais en réalité il n'y a pas contact direct entre l'air et le sang, au niveau de l'alvéole pulmonaire ; il y a une membrane interposée, et c'est sans doute à l'interposition, aux propriétés de cette membrane qu'il faut attribuer l'origine de l'excès d'argon dans le sang, comme probablement aussi de l'excès d'azote.

II. — Le sang en circulation contient plus d'azote que n'en peut absorber l'eau saturée d'air atmosphérique à la même température. Or, en

Digitized by Google

recherchant dans quelles conditions augmente cette absorption de l'azote par le sang, on constate qu'elle a lieu même quand le sang a quitté les vaisseaux et qu'elle est due à l'hémoglobine ou plutôt à l'oxyhémoglobine; et en effet le plasma du sang présente à cet égard un coefficient d'absorption identique à celui de l'eau, tandis que, d'autre part, une solution aqueuse d'hémoglobine saturée d'air atmosphérique absorbe plus d'azote que l'eau. Il paraît nécessaire, conclut l'auteur, d'admettre que, durant son absorption par la solution d'hémoglobine, l'azote se combine partiellement avec l'oxygène; mais, malgré tous les soins apportés à l'analyse de l'azote tiré du sang à l'aide de la pompe, il a été impossible de démontrer qu'il y eût de l'oxyde d'azote; c'est que sans doute les composés formés sont très instables et que l'action de la pompe suffit à les dissocier.

M. DUVAL.

Giovanni MARENGHI. Des rapports qui existent entre l'élimination de l'azote chez les chevaux et la production dans leur sang d'antitoxine contre la diphtérie (*Centralbl. für Bakter.*, *XXI*, *p. 256*).

L'auteur, en pratiquant de nombreuses analyses des urines de chevaux auxquels il injectait du poison diphtérique pour obtenir un sérum antitoxique, s'est assuré que le taux de l'azote et de l'urée s'accroissait dans les urines en même temps qu'augmentait le pouvoir antitoxique du sérum et que sa marche ascendante s'arrêtait lorsque le sérum avait acquis son maximum de pouvoir curatif, de telle sorte que la proportion d'azote et d'urée contenus dans les urines d'un cheval donnait une indication très exacte sur la valeur antidiphtérique de son sérum.

H. BOURGES.

SVENSON. Sur l'assimilation des aliments dans la leucémie (*Archives russes de pathol.*, *fév. 1897*).

Chez une malade présentant 1 globule blanc sur 10,5 globules rouges, avec 60 0/0 d'hémoglobine, on introduit 46 grammes d'azote et 282^{gr},62 de graisse et on trouve, dans les matières fécales, 3^{gr},018 d'azote et 25^{gr},914 de graisse; par conséquent, 6,5 0/0 d'azote et 9,04 0/0 de graisse ne sont pas assimilés.

En comparant ces chiffres avec ceux obtenus par Rubner et Prausnitz chez l'homme sain pendant le régime lacté, S. conclut que les matières azotées sont très bien assimilées par son malade, eu égard à sa grande cachexie et à la quantité considérable d'albumine introduite; l'assimilation de la graisse est normale. Il est impossible de dire si la bonne assimilation des aliments peut expliquer l'augmentation du nombre des leucocytes observés dans cette maladie.

H. FRENKEL.

Digitized by Google

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L. RANVIER. Du rôle physiologique des leucocytes, à propos des plaies de la cornée (*C. R. Acad. des Sc., 22 fév. 1897*).

Les leucocytes appartiennent essentiellement au système vasculaire et, comme tels, doivent concourir à la nutrition des organes. Cette proposition est confirmée par l'étude des plaies de la cornée. Dans les plaies les plus simples, celles qui résultent par exemple d'une seule incision, les leucocytes ou cellules migratrices viennent de très bonne heure prendre part à l'action réparatrice. On en voit déjà un certain nombre dans les lèvres de la plaie au bout de quatre heures. Quelques-uns arrivent presque à la surface de section, la dépassent même et tombent dans le liquide des larmes. Vingt heures plus tard il y en a un nombre encore plus considérable. A ce moment la solution de continuité est remplie par des cellules épithéliales qui montrent tous les signes d'une suractivité nutritive : elles sont grosses, chargées de sucs et leurs noyaux sont volumineux. Or, elles ne peuvent accomplir ce travail sans être abondamment nourries. Ce ne sont pas des vaisseaux qui peuvent leur apporter leur nourriture, puisqu'il n'y en a pas dans la cornée ; ce ne sont pas non plus les canaux du suc, puisqu'il n'y en a pas davantage. On pourrait invoquer l'imbilition, mais elle est évidemment insuffisante. Il semble plus simple d'admettre que ce sont les cellules migratrices.

En effet, qu'on les observe dans les lèvres d'une plaie par incision ou dans le fond d'une plaie en surface, ces cellules montrent bientôt qu'elles ont perdu leur chromatine protoplasmique et que souvent même leur protoplasma a été entièrement dissous, leur noyaux, alors mis en liberté, demeurant isolés ou groupés comme on les voit dans les cellules encore entières. Le nombre de ces noyaux mis en liberté par la disparition du corps cellulaire est en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires, lesquels ne sont que des phénomènes physiologiques, semblables à ceux du développement embryonnaire. Du reste, au sein de l'organisme vivant et en pleine santé, il se détruit des cellules lymphatiques et leurs noyaux sont mis en liberté ; si on le voit plus aisément dans les tissus enflammés, c'est que la vie est ici plus intense et plus rapide et que, par suite, toute évolution y est mieux marquée.

Ainsi les cellules migratrices, en cheminant au sein des tissus, peuvent leur abandonner une partie des substances qu'elles renferment, notamment leur cytochromatine, et il arrive même que leur protoplasma tout entier se dissous, ses matériaux se répandant dans le plasma nutritif au sein duquel vivent les organes. Si les leucocytes absorbent des particules alimentaires, si par suite ils ont pu être désignés sous le nom de phagocytes, il faut aussi tenir compte de ce qu'ils peuvent abandonner ces particules après les avoir plus ou moins transformées. C'est ainsi qu'ils vont

Digitized by Google

accomplir leur rôle, essentiellement nutritif, dans toutes les parties du corps que les vaisseaux sanguins ne sauraient atteindre, la cornée par exemple. M. DUVAL.

L. RANVIER. Sur le mécanisme histologique de la cicatrisation et des fibres nouvelles « fibres synaptiques » (*C. R. Acad. des Sc., 1er mars 1897*).

Les lèvres d'une plaie, quel que soit leur écartement, se rapprochent peu à peu jusqu'à arriver au contact l'une de l'autre ; ce mécanisme de la cicatrisation est dû à des fibres spéciales aux cicatrices, éléments que l'auteur désigne sous le nom de *fibres synaptiques*, du verbe grec συναπτω, je réunis.

On peut tout d'abord bien étudier la production de ces fibres sur le grand épiploon des petits rongeurs ; si une solution de nitrate d'argent a été injectée dans le péritoine, on trouve, au bout de quatre jours, l'épiploon revenu sur lui-même sous forme d'un petit paquet massif, toutes les travées de la membrane étant soudées entre elles par des fibres enlacées, formant un véritable feutrage. En étudiant l'origine de ces fibres, par des injections faibles de nitrate et par l'examen de l'épiploon à la 24e et à la 48e heure après l'opération, on constate qu'il se forme d'abord des filaments de fibrine, simples ou anastomosés ; puis les cellules endothéliales s'hypertrophient, changent de forme et émettent des prolongements protoplasmiques d'une très grande longueur et fort complexes, qui s'accolent aux filaments de fibrine ; les fibres complexes ainsi formées ont la propriété de revenir sur elles-mêmes, de se rétracter, ce sont des *fibres synaptiques*.

Dans les plaies faites au pavillon auriculaire du lapin ou du rat, par incision peu profonde, on voit ces fibres former un système régulier, dont les points d'attache sont sur les couches les plus superficielles du derme. C'est au sein de ce faisceau, ou sur sa face externe, que s'avancent des cellules épithéliales qui vont concourir à l'édification du nouvel épiderme. Les plaies faites, par incision, à la plante du pied du cochon d'Inde donnent également des résultats très démonstratifs. En général, au bout de quarante-huit heures, le revêtement épidermique est reconstitué, mais au-dessous de lui est une fente, occupée par un réseau de fibres synaptiques très solidement insérées aux faisceaux conjonctifs qui ont été sectionnés ; et les cellules conjonctives hypertrophiées qui bordent la plaie envoient de nombreux prolongements qui se confondent avec ces fibres. Dans ce réticulum de fibres synaptiques on observe la présence d'un grand nombre de leucocytes polynucléés et quelques noyaux libres. L'abondance de ces leucocytes, venus par migration dans un réticulum synaptique encore dépourvu de vaisseaux sanguins, montre une fois encore que les cellules migratrices, en allant partout où des matériaux nutritifs ne sont pas apportés directement par la circulation sanguine, viennent compléter l'œuvre physiologique de la circulation proprement dite.

En résumé, trois éléments concourent à la formation des fibres synaptiques : la fibrine, les cellules conjonctives ou endothéliales et les cellules lymphatiques migratrices. M. DUVAL.

Digitized by Google

CORNIL et René MARIE. Sur la pleurésie et la pneumonie traumatiques et sur la pneumonie aiguë fibrineuse de l'homme (*Arch. de méd expér., IX, n° 2, p. 187, 1897*).

Ce mémoire est le complément d'un travail antérieur de Cornil (Voy. *R. S. M.*, XLIX, 462).

Les recherches expérimentales montrent que l'inflammation aiguë du tissu conjonctif, des séreuses et du poumon, s'accompagnant d'une exsudation fibrineuse, détermine la pénétration des cellules du tissu conjonctif et des cellules endothéliales dans la fibrine ; celle-ci ne tarde pas à se vasculariser et est remplacée peu à peu par un tissu conjonctif complet et vascularisé. Cette loi est confirmée aussi bien par l'étude de la pneumonie aiguë de l'homme que par celle de la pneumonie traumatique expérimentale. H. BOURGES.

Paul CLAISSE et O. JOSUÉ. Recherches expérimentales sur les pneumoconioses (*Arch. de méd. exp., IX, n° 2, p. 205, 1897*).

Ce travail a pour but de répondre aux trois questions suivantes : 1° Quels sont les désordres que produit l'anthracose expérimentale ? 2° Quelle est l'influence des pneumoconioses sur l'évolution des états morbides ? 3° Quelle est l'influence des états morbides sur l'évolution des pneumoconioses ?

1° L'anthracose expérimentale, même longtemps prolongée, ne produit pas de véritables lésions anatomiques, ni de trouble physiologique de l'appareil respiratoire.

Les lésions inflammatoires, scléreuses ou ulcéreuses, décrites en pathologie humaine au chapitre des pneumoconioses, sont en conséquence dues à des infections surajoutées et non à la seule action des poussières.

2° L'influence des pneumoconioses sur l'évolution des états morbides est nulle quand les poussières sont de très petite dimension ; elles s'éliminent alors aisément. Au contraire, les poussières volumineuses, véritables corps étrangers, déterminent des traumatismes qui servent de portes d'entrées aux infections microbiennes ; celles-ci compliquent alors les états morbides préexistants.

3° Les états morbides de courte durée restent sans influence sur les pneumoconioses ; mais s'ils se prolongent, ils aggravent les pneumoconioses. Cette influence nocive est surtout manifeste dans les cas de lésions ganglionnaires, obstruant la voie d'élimination des poussières par les lympathiques : et dans les cas de lésions du pneumogastrique, qui laissent les voies bronchiques supérieures sans défense vis-à-vis de la pénétration des poussières et déterminent des troubles vaso-moteurs graves des poumons. H. BOURGES.

Digitized by Google

S. ASKANAZY. Tumorartige Auftreten des Tuberkulose (Tuberculose débutant sous forme de tumeurs) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII, p. 360*).

Microscopiquement, la tuberculose, quand elle prend la forme de tumeurs (et elle la prend à l'occasion dans les différents organes), garde ses caractères essentiels : cellules épithélioïdes, cellules géantes, absence ou présence de caséification, bacilles. Mais on note déjà un processus fibreux très accentué. Ce processus fibreux explique le volume des tubercules, leur consistance, leur fusion réciproque formant tumeur. Souvent le tissu conjonctif s'étend jusqu'au centre des parties les plus caséifiées.

La cause de cette prédominance du travail fibreux doit sans doute être cherchée dans la virulence affaiblie du bacille. On la retrouve en effet dans les inoculations de bacilles affaiblis par l'iodoforme ou l'europhène.

Les tumeurs tuberculeuses ont été plus spécialement observées au larynx (40 obs.), dans les muscles (5 obs.), dans les ganglions (6 obs.,) au poumon (1 obs.), dans l'oreillette droite (1 obs.), dans le côlon ascendant (1 obs.), dans la plèvre (2 obs.). A ces 2 observations de tumeurs pleurales d'origine tuberculeuse A. en ajoute 2 personnelles longuement détaillées. A. F. PLICQUE.

A. BRAULT. Les artérites, leur rôle en pathologie (*In-18, Paris, 1897*).

L'auteur entreprend une étude des artérites, dans laquelle il se donne principalement pour but de réagir contre l'idée trop répandue de l'influence des altérations vasculaires sur la production des scléroses, qu'on rencontre habituellement au cours du complexus morbide connu sous le nom d'artério-sclérose généralisée. Mais dans ce premier volume il ne s'occupe que de l'étude des artérites et de leurs conséquences immédiates.

La distribution des lésions artérielles est tout à fait irrégulière, portant tantôt sur la crosse de l'aorte, tantôt sur les artères périphériques. Leur degré est également très variable. On ne peut donc pas établir comme règle que les artérites s'étendent progressivement de l'origine de l'aorte à la périphérie de l'arbre artériel.

Après avoir étudié l'aspect macroscopique et la structure histologique des plaques d'artérite aiguë et d'athérome et montré que leur point de départ est toujours dans la profondeur de la tunique interne des artères, l'auteur recherche comment on peut expliquer la pathogénie de la plaque athéromateuse. La théorie d'H. Martin, qui veut que la plaque endartéritique soit précédée d'obstruction des artérioles qui rampent dans l'adventice, ne répond ni à l'observation des faits, ni à la distribution anatomique de ces vasa vasorum, qui ne sont pas des vaisseaux terminaux et qui, d'ailleurs, pénétrant à peine la couche musculo-élastique, ne peuvent jouer aucun rôle dans la nutrition de l'endartère. La seule théorie admissible est celle qui admet une néoformation conjonctive primitive de l'endartère, suivie d'une dégénérescence graisseuse dans sa profondeur, au point le plus éloigné du contact sanguin, là où les échanges nutritifs se font avec le plus de difficulté.

Digitized by Google

Les maladies qui peuvent déterminer des artérites sont tantôt des infections aiguës telles que le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la grippe, la variole et quelques pyo-septicémies ; tantôt des infections chroniques, la syphilis ou l'impaludisme, peut-être aussi la tuberculose ou le farcin ; tantôt des intoxications : saturnisme, alcoolisme ; tantôt des dyscrasies comme la goutte ou le choléra.

Les conséquences immédiates des artérites sont l'obstruction du vaisseau par thrombose ou embolie (cette obstruction ayant pour conséquence la nécrose partielle de l'organe irrigué) ; ou encore la rupture par ulcération ou anévrisme.

Dans un prochain volume, l'auteur se propose d'examiner si les artérites qui n'aboutissent ni à l'oblitération ni à la rupture prennent une part quelconque aux inflammations aiguës ou chroniques. H. BOURGES.

V. CORNIL. Sur l'organisation des caillots intravasculaires et cardiaques, dans l'inflammation des vaisseaux et de l'endocarde (*Journ. de l'anat. et de la physiol., mai 1897*).

Pour faire suite à ses recherches sur le rôle des cellules endothéliales des membranes séreuses dans les inflammations fibrineuses (Voy. *R. S. M.*, tome XLIX, page 462), l'auteur a étudié ce qui se passe dans l'inflammation de la paroi des vaisseaux et dans le coagulum sanguin qui sont la conséquence soit de la ligature soit de la cautérisation d'une artère ou d'une veine.

Dans tous ces cas, les cellules endothéliales sont les agents essentiels de l'organisation du caillot ; elles se gonflent d'abord, font saillie vers la lumière du vaisseau, puis, proliférant par division directe, perdent en partie leur point d'attache à la paroi vasculaire, entrent dans le caillot, s'accolent aux grumeaux et fibrilles de fibrine ; ce résultat est déjà produit quarante-huit heures après la ligature. Au quatrième jour, il s'est formé, dans le complexus fibrino-cellulaire, des néo-capillaires, à parois constituées par de grandes cellules aplaties, provenant des cellules endothélales proliférées et immigrées. Deux cellules plates, en forme de tuile creuse, s'unissant par leurs bords, constituent la paroi mince d'un tel capillaire. Ces néo-capillaires, plus ou moins complets, ne sont pas parcourus par du sang en circulation, du moins dans les premières phases ; c'est seulement environ après le 7e jour que le sang y arrive, lorsque des vaisseaux, venus des vasa-vasorum des membranes externe et moyenne, se sont anastomosés avec le réseau de nouvelle formation. En effet des phénomènes d'inflammation et de néo-formation analogues se déroulent en même temps dans le tissu conjonctif des parois des vaisseaux ; les vaisseaux préexistants sont dilatés comme dans toute inflammation ; des néo-capillaires, en rapport avec les vasa-vasorum pénètrent les tuniques moyenne et interne, et viennent s'aboucher avec ceux du caillot déjà organisé. L'organisation en tissu conjonctif vascularisé se complète dans la partie liée du vaisseau, et à son voisinage, au-dessus et au-dessous de la ligature, pendant les jours suivants, de telle sorte que, pour une veine, par exemple, la transformation du caillot, avec disparition de la fibrine, est complète dix jours après la

Digitized by Google

ligature, l'oblitération du vaisseau et la cicatrice étant dès lors absolument définitives à ce niveau.

Dans toutes ces expériences sur le chien, la coagulation sanguine intra-veineuse, de couleur rouge foncé comme le sang veineux, conserve cette couleur depuis le début jusqu'à son organisation définitive, car alors elle est rouge par le fait des nombreux capillaires qu'elle renferme. Il en est autrement dans la plupart des phlébites infectieuses observées chez l'homme; le caillot est souvent gris, blanchâtre, avec parfois des foyers où il est ramolli. Tout cela est dû à la présence de nombreux globules blancs. Partout où prédominent les globules blancs, aussi bien dans la phlébite que dans les inflammations infectieuses des séreuses, les phénomènes de multiplication et d'organisation par les cellules endothéliales sont ralentis ou arrêtés. Il y a un antagonisme entre l'inflammation productive et organisatrice à l'aide de l'endothélium, et l'inflammation septique accompagnée d'un épanchement considérable de leucocytes. De là la marche plus lente et irrégulière des phlébites septiques avec thrombus, comparativement aux phlébites expérimentales. Mais quelle que soit la cause de la phlébite humaine, elle finit par donner lieu à une cicatrice fibreuse vascularisée. M. DUVAL.

CHARRIN et DE NITTIS. Splénomégalies et maladies du foie (*Soc. de biol., fév. 1897*).

Les auteurs ont réussi à produire expérimentalement des lésions variées du foie et des hypertrophies de la rate, sans que l'on puisse saisir la moindre modification circulatoire, mécanique.

La théorie, qui veut que la rate augmente de volume au cours des altérations hépatiques parce que le sang est retenu dans la pulpe splénique, ne saurait donc être qu'accessoire : le point important réside dans cette donnée, à savoir : que la cause qui frappe l'un des viscères frappe également l'autre. A. C.

E. FLATAU. Pathologisch-anatomischer Befund bei einem Fall peripherischer Facialislähmung (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1144, 21 déc. 1896*).

Autopsie d'un phtisique de 14 ans qui offrait, comme conséquence d'une otite moyenne tuberculeuse, une paralysie périphérique du facial et de l'auditif avec réaction de dégénérescence complète dans les muscles innervés par les branches supérieure et inférieure du facial. Dégénération de toute la portion centrale du facial périphérique gauche ; les cellules de son noyau étaient boursouflées et avaient des contours peu nets. Les fibres de la racine ascendante, celles du segment intermédiaire ainsi que de la racine émergente étaient très dégénérées. Le facial droit était normal.

Pour l'acoustique gauche, la dégénération était limitée au nerf cochléaire ; elle se perdait principalement dans le noyau central, toutefois un faisceau étroit se dirigeait vers la face latérale du corps restiforme, envoyant dans ce dernier des ramifications de fibres dégénérées.

Le facial périphérique gauche offrait les lésions des névrites parenchymateuse et interstitielle. Les muscles avaient perdu leur striation transversale.

Flatau n'a pas vu que des fibres provenant des nerfs moteurs oculaires commun et externe et hypoglosse vinssent s'associer au facial.

Digitized by Google

En revanche, il a constaté les faits suivants : Un faisceau, commençant à l'émergence du facial, se dirige en dedans au côté antérieur du segment intermédiaire et peut être suivi un certain temps dans le raphé ; c'est le faisceau croisé du facial figuré par Obersteiner et nullement les fibres arc. int. de Kölliker. On voit confluer sur une étendue de 1 millimètre la portion centrale du facial dégénéré et la portion périphérique du noyau moteur du trijumeau. Le réseau de fibres, décrit comme faisceau croisé du trijumeau par Obersteiner, n'est homogène que dans sa portion centrale; dans le reste, il est mixte, sa partie interne appartenant au facial et sa partie externe au trijumeau.

La dégénérescence constatée ici de la totalité d'un neurone moteur dans une lésion du nerf moteur est en contradiction avec la loi de Waller et est une nouvelle preuve de l'unité physiologique des neurones. J. B.

MARINESCO. Un cas de maladie de Morvan avec autopsie (*Soc. méd. des hôp. 15 fév. 1897*).

Il s'agit d'un malade examiné 15 ans auparavant par Charcot. A l'autopsie on trouve dans la moelle épinière une cavité étendue de la sixième racine cervicale à la sixième dorsale ; la lésion partant du canal épendymaire occupe principalement la commissure postérieure, la région intermédiaire aux cornes antérieure et postérieure, se dirige vers la corne antérieure gauche; la lésion est essentiellement unilatérale. Il s'agit d'une gliose absolument identique à la gliose de la syringomyélie.

L'auteur rejette la théorie lépreuse de la malade de Morvan. H.L.

E. KOROLEW. Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven (Rôle des cellules ganglionnaires dans la régénération des nerfs coupés) (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 118 et 129, 1897*).

Section aseptique du sciatique chez le rat blanc. Description des phénomènes de dégénérescence dans le bout périphérique. Fragmentation de la moelle nerveuse et du cylindre d'axe. Ce dernier se fractionne en courts filaments qui eux-mêmes se réduisent en granules. Ces débris sont enlevés en grande partie par des phagocytes. Division mitosique des noyaux.

Dans le bout central, l'auteur décrit, dans le voisinage de la section du nerf, la formation de cellules nerveuses nucléées, au niveau d'épaississements protoplasmatiques de la moelle nerveuse. Ces cellules nerveuses qui n'ont qu'une existence transitoire fourniraient une partie du matériel aux dépens duquel se forment les cylindres d'axe nouveaux, progressant du bout central coupé du nerf. Une fois ce protoplasme consommé plus ou moins complètement, les noyaux resteraient dans la gaine de la fibre nerveuse. LÉON FREDERICQ.

H. YOUNG. On the presence of nerves in tumors, etc. (*The Journ. of exper. med., II, n° 1, p. 1, janv. 1897*).

Un certain nombre de tumeurs (squirrhe du sein, épithelioma, sarcome, myxome, etc.) renferment des fibres nerveuses que l'auteur a mises en évidence par la méthode suivante : Aussitôt après l'ablation des tumeurs,

Digitized by Google

de petits fragments sont laissés, pendant 45 minutes à 2 heures, dans un bain composé de : albumine de l'œuf ; solution physiologique de Na Cl ; solution aqueuse à 0,25 0/0 de chlorhydrate d'ammoniaque ; solution aqueuse de bleu de méthylène à 1 0/0, *āā* 10 c. c. Puis ils sont plongés dans le liquide fixateur de Bethe, enfin lavés à l'eau courante pendant 1 ou 2 heures. Les coupes, pratiquées après inclusion dans la parafine, peuvent ou non subir la double coloration par le carmin aluné.

Young a trouvé des filets nerveux, avec ou sans myéline, dans 5 tumeurs sur 10. Dans le sarcome, ces nerfs peuvent être accompagnés de vaisseaux. Dans le cancer, ce sont peut-être des filets existant normalement dans les tissus et envahis par le néoplasme. Mais dans le sarcome, ils font, de même que les vaisseaux, partie intégrante de la tumeur et lui appartiennent en propre ; ce sont probablement des nerfs vaso-moteurs. On en trouve parfois en nombre considérable, en contact plus ou moins immédiat avec les cellules sarcomateuses. Il ne faut pas les confondre avec des faisceaux fibreux ondulés qui se colorent parfois en bleu par la même méthode.

H. VINCENT.

Léopold LÉVI. Un cas d'ostéite déformante de Paget ; interprétation des lésions de la moelle épinière (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, mars et avril 1897*).

A l'autopsie d'une femme de 62 ans, qui présentait les lésions de l'ostéite déformante de Paget et qui était morte d'une affection cardiaque, L. Lévi a constaté des lésions de la moelle, prédominantes au niveau des cordons postérieurs et des faisceaux latéraux. La pie-mère était légèrement épaissie ; les vaisseaux présentaient des altérations notables, surtout marquées au niveau des artères qui étaient le siège de périartérite et d'endartérite. Il s'agissait d'une sclérose d'origine vasculaire. Car la lésion, parfois localisée au niveau des vaisseaux, avait toujours son maximum à leur niveau et, d'autre part, il s'agissait d'une sclérose pseudo-systématique, car les lésions n'étaient pas localisées au faisceau pyramidal croisé ; elles dépassaient ce faisceau, gagnaient la partie externe, le faisceau cérébelleux direct. Les cylindres axes étaient intacts au niveau des parties envahies par la sclérose.

D'après L. Lévi, ces lésions médullaires peuvent être identifiées avec celles de la moelle sénile étudiées par Demange, et il n'y a pas lieu d'établir de relations entre les lésions de la moelle et l'ostéite déformante de Paget. Il croit que troubles médullaires et osseux coïncident purement et simplement et se demande seulement si les lésions vasculaires généralisées ne jouent pas un rôle dans l'évolution des lésions osseuses et, d'autre part, si les lésions vasculaires et osseuses ne sont pas sous la dépendance du même trouble dystrophique, d'origine inconnue.

G. LYON.

Ch FÉRÉ. Les proportions relatives des os du bras chez les hémiplégiques infantiles et les dégénérés (*Soc. de biol., 9 janv. 1897*).

L'avant-bras, comparé au bras, est plus long chez les anthropoïdes, les nègres, les races humaines inférieures.

Le rapport est un ou plus grand que un chez l'orang ; 0,79 chez le nègre ; 0,73 chez l'européen. L'auteur constate que chez les épileptiques, hystéri-

Digitized by Google

ques, imbéciles, (168 sujets) le rapport est en moyenne 0,76, c'est-à-dire intermédiaire entre celui des blancs et des nègres. — Chez les enfants frappés d'hémiplégie infantile, l'arrêt de développement peut porter sur l'avant-bras (2 fois sur 17) mais généralement il porte sur le bras et le rapport normal se trouve augmenté du côté hémiplégique, 0,77. — Enfin l'atrophie de l'avant-bras porte surtout sur le cubitus, d'où la déviation observée de la main du côté du bord cubital. DASTRE.

Roger WILLIAMS. The malignant tumours, etc. (Des tumeurs malignes de l'enfance et de la jeunesse) (*The Lancet, p. 1194, 1er mai 1897*).

Sur 941 cas de tumeurs malignes qu'a observées R. W., 25 seulement, soit 2,6 0/0 se sont montrées au-dessous de 20 ans : de ces 25 tumeurs 8 ont été observées au-dessous de 5 ans, 2 de 5 à 10 ans, 6 de 10 à 15 ans et 8 de 15 à 20 ans. Durant cette période, la prédisposition aux tumeurs malignes paraît égale dans les deux sexes : l'hérédité est moins fréquemment constatée qu'avec les tumeurs développées à l'âge adulte.

La plupart de ces tumeurs sont des sarcomes : le cancer véritable est très rare. Tandis que sur les 941 cas observés par R. W. il y avait 806 cancers et 136 sarcomes, sur les 25 cas au-dessous de 20 ans, on compte 1 cancer et 24 sarcomes.

La plupart des néoplasmes de l'enfance sont de nature maligne ou tendent à le devenir : ces tumeurs progressent plus vite, se généralisent plus fréquemment et après ablation récidivent plus rapidement que les tumeurs semblables à l'âge adulte. Beaucoup de ces tumeurs sont congénitales, ayant débuté durant la vie intra-utérine et, fréquemment, elles sont multiples, souvent bilatérales.

L'utérus et la mamelle sont exceptionnellement le siège de tumeurs au-dessous de 20 ans; par contre, les sarcomes multiples de la muqueuse vaginale sont fréquents; plus fréquents encore sont les sarcomes de l'ovaire dont des cas ont été observés dans le plus bas âge.

Les tumeurs malignes des testicules dans le jeune âge présentent très fréquemment des tissus hétérotopiques. Presque toujours on a affaire à un sarcome, très rarement à un cancer.

Chez l'enfant, l'œil est l'organe le plus souvent atteint de néoplasme malin. Presque toutes ces tumeurs sont des gliomes, néanmoins quelques sarcomes sont notés. Le gliome de l'œil a été observé même chez le nouveau-né et il atteint dans bon nombre de cas les deux yeux successivement. L'orbite est aussi le siège de sarcome, d'épithéliome : enfin on a rapporté plusieurs cas de cancer de la conjonctive chez des enfants. Après l'œil, c'est le rein qui est le siège le plus ordinaire des tumeurs malignes dans l'enfance. C'est encore le sarcome qui est le plus fréquent; on cite quelques épithéliomas. Le cancer ne s'observe que chez l'adulte, et encore est-il très rare.

Les capsules surrénales sont très rarement le siège de tumeurs malignes. Sur 8,378 cas de tumeurs, réunis par R. Williams, une seule fois la capsule était intéressée. Et sur 36 cas, qui existent dans la littérature médicale, 1/3 concernent des enfants; invariablement ce sont des sarcomes.

Digitized by Google

Les sarcomes de la vessie, de la prostate sont rares.

Les tumeurs malignes de l'estomac sont, dans l'enfance, des plus rares. Welch, sur 2,075 cas, en compte 2 seulement au-dessous de 20 ans; les néoplasmes (sarcomes) de l'intestin seraient un peu plus fréquents.

Le rectum est remarquable par le nombre relativement considérable des cancers qui s'y développent dans la jeunesse. Les sarcomes sont plus rares.

Les tumeurs malignes primitives du foie sont également fort nombreuses; on a noté des sarcomes et des cancers, en proportion presque égale.

Les tumeurs de la rate, du pancréas sont rares; celles des ganglions lymphatiques, surtout les lymphosarcomes, sont fréquentes.

On a observé un grand nombre de tumeurs malignes de la peau, soit durant l'enfance, soit même à la naissance, soit cancers, soit sarcomes, soit endothéliomes. Enfin, les sarcomes et gliomes des centres nerveux sont assez fréquents.

Au-dessous de 15 ans, les tumeurs développées dans le tissu osseux sont rares. Quelques sarcomes ont cependant été observés au-dessous de cet âge.

Les tumeurs malignes des muscles sont presque inconnues chez l'enfant. P. MAUBRAC.

MALHERBE. Du myélome des gaines tendineuses (*Méd. moderne, 4 nov. 1896*).

Certaines tumeurs, ayant pour type normal le tissu de la moelle des os, sont rangées parmi les sarcomes. Malherbe a déjà fait voir qu'elles doivent en être distraites tant à cause de leur structure que de leur évolution. L'auteur a de nouveau constaté qu'elles ne possèdent qu'une malignité locale. Ces tumeurs contiennent trois espèces de cellules : 1° des cellules fusiformes, rarement étoilées; 2° des cellules à noyaux multiples ou myéloplaxes; 3° des cellules ne contenant que deux ou même qu'un seul noyau, et des cellules rondes embryonnaires. Malherbe connaît plusieurs opérés chez lesquels il n'y a pas eu de récidive depuis 10 ans. OZENNE.

U. ROSSI. Contribuzione allo studio dei miomi dell' intestino e delle ernie dell' appendice vermiforme (*Il Morgagni, p. 211, mars 1897*).

Les myomes que l'on peut rencontrer, quoique rarement, dans toutes les parties du tube digestif, se rencontrent aussi dans l'appendice vermiforme. Les myomes de l'appendice cæcal diffèrent de ceux des autres parties de l'intestin par leurs caractères morphologiques et ne prennent pas la forme polypeuse. Ils ont moins de gravité que ceux des autres segments de l'intestin, soit en raison de la moindre importance de l'organe qu'ils occupent, soit parce qu'ils sont justiciables d'une opération moins dangereuse et plus radicale. Il y a des rapports étiologiques éventuels entre les myomes de l'appendice cæcal et les hernies de cet organe. GEORGES THIBIERGE.

Digitized by Google

Ch. FÉRÉ. Sur la résistance de l'embryon de poulet aux traumatismes de l'œuf (*Journ. de l'anat. et de la physiol., mai 1897*).

Avant d'entreprendre des expériences sur les effets tératogènes des traumatismes portés sur l'embryon lui-même, comme dans les études de Fol et Warynski, il importe de déterminer les chances de survie et les effets tératogènes des lésions ou de l'ablation de la coquille et de la membrane coquillière, puisque ces traumatismes de l'enveloppe accompagnent nécessairement ceux qu'on veut porter sur l'embryon, et que les seconds ne peuvent pas aller sans les premiers.

Expérimentant dans ce sens, l'auteur arrive à cette conclusion que la résistance de l'embryon de poulet aux traumatismes de l'œuf n'est pas suffisante pour qu'on puisse utiliser les divers moyens de découvrir l'embryon par ablation de la coquille, pour l'étude de la production artificielle de monstruosités. On n'est pas en mesure de distinguer les effets d'une intervention survenue au moment de l'ouverture de l'œuf, de ceux des interventions ultérieures. La genèse des anomalies banales qu'on voit se produire après l'ouverture de l'œuf reste obscure. Ainsi, la duplicité du cœur, l'omphalocéphalie, que Fol et Warynski ont obtenues soi-disant en conséquence d'une compression locale momentanée, peuvent se produire sous toutes les influences capables de troubler l'évolution de l'embryon et notamment sous l'influence des simples traumatismes de la coquille. L'action de traumatismes locaux, portant directement sur une partie de l'embryon, ne pourrait être démontrée que par la production fréquente d'anomalies unilatérales. M. DUVAL.

F. NEUGEBAUER. Hermaphrodite vrai (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, suppl., p. 176*).

Le cas de Neugebauer est la première observation authentique de coexistence sur un même individu des organes sexuels extérieurs des deux sexes.

Enfant de 2 ans 1/2, d'habitus féminin, présentant une diastase des pubis. Les organes génitaux féminins sont placés excentriquement du côté droit, entre deux grandes lèvres, dont la gauche est beaucoup plus volumineuse. On y reconnaît le clitoris, le méat urétral, les petites lèvres, l'hymen percé de 3 orifices et le vagin. En arrière du vagin, dans le vestibule, débouche l'anus. Par le toucher anal, on sent l'utérus et ses annexes. La sonde introduite dans l'urètre arrive dans la vessie très dilatée.

Du côté gauche, on voit un scrotum bien développé dont la moitié droite ne peut être séparée de la grande lèvre gauche et contient un corps dur ayant les dimensions d'une pièce de 5 pfennigs ; la moitié gauche du scrotum est vide. On trouve, en outre, un pénis avec les éléments qui en dépendent et un orifice urétral qui semble se terminer en cul-de-sac. J. B.

Digitized by Google

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

CHARRIN. Poisons de l'organisme, poisons des tissus (*1 vol. de 219 p. de « l'Encyclopédie des Aide-Mémoire », Paris, 1897*).

Cet ouvrage complète les deux précédents volumes parus, dans la même collection, sur les poisons de l'urine et du tube digestif; il est consacré à l'étude des auto-intoxications et des sécrétions internes. La question de la toxicité du sang, en particulier chez certaines espèces animales à venins très actifs, celle de la lymphe, du muscle et des divers tissus, sont successivement envisagées. Après avoir parlé du rôle important de l'auto-intoxication dans certaines maladies et de l'influence des poisons d'origine rénale, cardiaque, hépatique, intestinale, sur le développement de certaines formes de la folie, Charrin expose les conséquences des recherches modernes sur les fonctions des capsules surrénales, du corps thyroïde, du thymus, et rappelle, dans un important chapitre d'ensemble, les découvertes de la chimie relatives aux poisons dérivés de la nutrition et de la vie cellulaire. H. VINCENT.

ARLOING. Distribution de la matière agglutinante des microbes dans le sang et quelques humeurs de l'organisme (*Lyon méd., 28 fév. 1897*).

Le pouvoir agglutinant est nul ou à peu près nul dans la rate.

Dans les autres sérosités, ce pouvoir peut se ranger dans l'ordre suivant :

Sérum du sang, sérosité de la lésion sous-cutanée, suc centrifuge du ganglion ; bile ; sérum du parenchyme hépatique. A. CARTAZ.

CHARRIN et RICHE. Hérédité indirecte; Le terrain (*Soc. de biol., mars 1897*).

Les auteurs constatent de nouveau que certaines maladies, la tuberculose spécialement se transmettent directement dans des cas assez rares; par contre, les générateurs, la mère malade, bacillaire, par exemple, sont aptes à influencer la constitution du nouveau-né.

Le plus souvent ce rejeton est normal, parfait, mais on peut le voir petit, à croissance lente, à nutrition anormale, à urée accrue, à désassimilation exagérée.

Les urines sont assez toxiques, ellent peuvent contenir le corps désigné à tort sous le nom d'acide glycuronique : cette toxicité des humeurs favorise, on le sait, l'évolution de l'infection.

Il y a donc, dans la structure de ce terrain, de cette économie, des modifications et physiques et cliniques. A. C.

Digitized by Google

A. CHARRIN. Pluralité des produits morbifiques d'un unique agent pathogène (*Acad. des Sc., mai 1897*).

Charrin établit qu'un microbe crée la maladie non par sa toxine, comme on le dit, mais bien par ses toxines, par des principes multiples.

Il montre que, pour un unique bacille, il existe en premier lieu des principes insolubles dans l'alcool, souvent les plus importants générateurs d'hyperthermie, d'entérite, de paralysie, d'amaigrissement, en second lieu des éléments solubles perturbateurs de la circulation, des corps volatils à effets vaso-moteurs.

En outre on peut déceler des ferments spéciaux adhérents au protoplasma, des composés ammoniacaux, de l'acide carbonique, conséquences de la nutrition, des pigments, etc.

La toxine principale, altérée par la chaleur, précipitée par l'alcool, etc., donne au mal son caractère essentiel; les sécrétions secondaires engendrent des accidents digestifs, cardiaques, etc., accidents variables, comme ces sécrétions; suivant que telle ou telle existe en abondance, on a le type abdominal, circulatoire ou autre.

D'autre part, la thérapeutique qui s'efforce de faire obstacle à ces produits ne saura intervenir avec efficacité que dans l'hypothèse d'une parfaite connaissance de ces poisons. Comment les conduire au dehors par le rein, l'intestin, la peau, le poumon, si on ignore la nature stable ou volatile de telle ou telle sécrétion ? Comment la dissoudre pour l'éliminer si on ne sait pas ces propriétés à cet égard, etc. ? A. C.

CHARRIN et MANGIN. Action des toxines sur des parasites non bactériens (*Soc. de biol., 5 juin 1897*).

Les travaux de Guignard et Charrin ont établi que si l'on fait agir sur un premier microbe les produits de sécrétion d'un autre microbe, on met obstacle à son développement; on le modifie dans la forme, dans la pullulation, l'évolution, etc.

Quand on remplace ce premier microbe par un aspergillus, un penicillium, un oïdium, une mucorinée, on constate que l'évolution de ces végétaux se réalise assez facilement.

Ces résultats sont intéressants au point de vue général. De plus ils font comprendre pourquoi un organisme, un viscère, le poumon des tuberculeux par exemple, peuvent devenir le siège de mycoses variées, à la suite de leur imprégnation par des toxines.

La bactérie appelle la bactérie en débilitant le terrain. Ici il y a et cette débilitation et l'effet favorable direct sur le végétal venu secondairement, tandis que, dans le cas des deux microbes, le second n'est pas influencé lui-même d'une manière active.

Ces faits s'expliquent par des expériences des auteurs prouvant qu'une bactérie utilise avant tout les principes protéiques, alors que le muguet recherche aussi les éléments hydro-carbonés; ces êtres vivants n'épuisent donc pas les milieux par les mêmes procédés.

Digitized by Google

Il résulte encore de ces études que les mucorinés résistent beaucoup mieux que des bactériacés aux sels de cuivre, d'or, etc. : les propriétés antiseptiques d'un corps sont avant tout fonction d'espèce. A. C.

J. TEISSIER et L. GUINARD. Influence de la diète et de l'inanition sur les effets de certaines toxines microbiennes (*C. R. Acad. des Sc., 15 fév. 1897*).

En procédant par comparaison, sur des chiens alimentés et sur des chiens mis à la diète, on constate que les effets de la pneumobacilline et de la toxine diphtérique sont notablement modifiés par la privation de nourriture. Les sujets inanitiés résistent beaucoup plus, mais il faut que le jeûne soit réellement effectif, c'est-à-dire qu'il ne suffit pas que l'animal soit mis à la diète depuis quelques jours ; si son état d'embonpoint, si l'état de ses réserves nutritives lui ont permis de résister aux déchets et de maintenir, sur ses propres économies, le taux de la nutrition, il peut alors se comporter à l'égard des toxines sus-indiquées comme un animal témoin normalement alimenté. Pour expliquer cette influence de l'inanition, faut-il supposer que les toxines, dans un organisme appauvri, se trouvent en présence d'éléments cellulaires affamés et sont détruites avant d'avoir pu produire la totalité de leurs effets ; ou bien les toxines agissent-elles plus lentement et plus faiblement parce que l'organisme inanitié manquerait des éléments sur lesquels porte leur activité fermentatrice? Cette dernière hypothèse semblerait plus en rapport avec ce que nous savons sur la façon d'agir des toxines. M. DUVAL.

Fr. DUMAREST. Recherches expérimentales sur les propriétés toxiques du sérum sanguin, à l'état normal et pathologique, chez l'homme sain et dans différentes espèces animales (*Thèse de Lyon, 1897*).

1° La toxicité expérimentale immédiate ou secondaire du sérum sanguin étudiée sur le lapin n'est pas la toxicité vraie que nous ne connaissons pas bien. L'état de coloration d'un sérum, sa température, dans les limites de la température ambiante, sa conservation au contact ou isolement du caillot, la rapidité de sa coagulation dans certaines limites n'exercent pas une influence sensible sur sa toxicité.

2° Les coefficients de toxicité du sérum normal sont pour le cheval 324, pour l'âne 117, pour le chat 13,5, pour le chien 10,55, pour le bœuf 9,22 par kilogramme. Il n'y a pas de rapport direct ou inverse, dans la série animale, entre les coefficients uro-toxiques et séro-toxiques, ni entre le coefficient séro-toxique et le coefficient de concentration moléculaire des sérums.

3° Le sérum normal aseptique, de même que les sérums pathologiques et les toxines microbiennes, subit spontanément une atténuation dans ses propriétés toxiques qui est due à des processus d'ordre biologique. Par contre le pouvoir anti-toxique s'atténue dans des proportions insignifiantes (le sérum anti-diphtérique a pu être conservé près de deux ans avec son activité préservatrice).

4° Les qualités toxiques ne présentent pas de différences notables suivant les espèces. Le sang du chat serait plus convulsivant que celui du

Digitized by Google

chien. Arloing a établi la toxicité vraie, les effets des doses hypotoxiques et des doses thérapeutiques des sérums.

5° Au cours des infections aiguës expérimentales (malléine, pneumobacilline, toxine diphtérique), le pouvoir toxique immédiat du sang subit une atténuation directement proportionnelle à la gravité de l'intoxication. Le contraire a lieu dans les états infectieux chroniques. Dans l'état d'immunité, la toxicité tend à récupérer son taux normal. On peut supposer que la toxicité du sang est due à l'ensemble des sécrétions internes d'origine variée faisant partie d'un système de dépense endogène opposé à l'invasion exogène.

6° Le sérum humain normal a un coefficient toxique de 17; celui des brightiques ou éclamptiques est tantôt supérieur, tantôt inférieur à ce chiffre, suivant qu'il s'agit des néphrites interstitielles chroniques ou des néphrites aiguës. Il y aura lieu de distinguer le syndrome infectieux primitif de la néphrite épithéliale où la toxicité sanguine est le fait des albumoses du sérum et l'auto-intoxication secondaire par rétention des lésions de filtration liée aux poisons urinaires de nature animale.

7° Cliniquement, l'essai toxique fait dans les meilleures conditions ne présente qu'une valeur relative, à cause de l'inconstance des résultats et parce que le coefficient toxique n'est nullement solidaire de la gravité du pronostic. H. FRENKEL.

J. HÉRICOURT et Ch. RICHET. Action locale du sérum d'anguille; sérothérapie contre les effets toxiques du sérum d'anguille (*Soc. de biol., 23 janv. 1897*).

Mosso a établi la toxicité du sang ou du sérum d'anguille. Localement l'injection est douloureuse, provoque un gonflement œdémateux et quelquefois une suppuration et une mortification. — Pour les lapins le sérum d'anguille est toxique à la dose de 0gr 10 par kilogramme. Or, le sérum des chiens préalablement injectés avec du sang d'anguille préserve les lapins des effets toxiques du sang d'anguille. DASTRE.

I. — C. DELEZENNE. De l'action du sérum d'anguille sur la coagulation du sang (*Soc. de biol., 16 janv. 1897*).

II. — J. HÉRICOURT et Ch. RICHET. Sérothérapie « in vitro » dans l'intoxication par le sang d'anguille (*Ibid., 10 avril 1897*).

I. — A. Mosso (1888) a constaté que le sérum des murénides était toxique et anti-coagulant. L'action ne se produit pas in vitro. Il faut que le sérum soit injecté dans les veines à la dose de 0,02 centimètres cubes par kilo d'animal. Or, ce sérum, dilué dans la solution physiologique de Na Cl, injecté dans le foie, puis recueilli après quelque temps de séjour, a acquis la propriété de rendre incoagulable in vitro le sang auquel il est mélangé en très faible proportion. Les choses se passent donc comme avec la peptone. Le foie, sous l'action de la peptone ou du sérum d'anguille, fabrique une substance anti-coagulante.

II. — On injecte à un lapin du sérum antitoxique (contre le sérum d'anguille). Ce sérum antitoxique est obtenu en inoculant une ou plusieurs fois le sang d'anguille à un chien et en recueillant le sérum du sang de

Digitized by Google

chien ainsi vacciné. Le lapin supporte alors l'injection de sang d'anguille qui l'aurait tué précédemment. De même, si l'on fait préalablement le mélange du sérum de chien vacciné avec le sang d'anguille, les propriétés toxiques de ce dernier sont neutralisées. C'est une sorte de neutralisation chimique in vitro. DASTRE.

I. — ROGER et JOSUÉ. Influence des injections sous-cutanées de sérum normal et thérapeutique sur la moelle osseuse (*Soc. de biol.*, *10 avril 1897*).

II. — Les mêmes. Action de la toxine et de l'antitoxine diphtériques sur la moelle osseuse (*Ibid.*, *9 janv. 1897*).

I. — L'injection sous-cutanée de sérum normal provoque des modifications de la moelle osseuse.

Le sérum de cheval normal provoque les mêmes changements que le sérum antitétanique ; mais un peu différents de ceux produits par le sérum antidipthéritique.

II. — L'une et l'autre provoquent une rapide prolifération des cellules de la moelle osseuse, la toxine agissant surtout sur les gros et moyens médullocêles, le sérum sur les petits. DASTRE.

E. CHENU. Quelques considérations sur les sérums lactescents (*Thèse de Paris*, *1897*).

La lactescence du sérum est fréquente chez les animaux et est transmise de la mère au fœtus.

Chez l'homme elle est rare et généralement pathologique.

La lactescence est due à la présence dans le sérum soit de granulations très fines, probablement de nature albuminoïde, soit de matières grasses.

Le plus souvent, mais non constamment, la lactescence du sérum est en rapport avec de l'albuminurie ; généralement alors, cette albuminurie est abondante et s'accompagne d'œdème marqué ; car les albuminuries légères, sans œdème, sont rarement observées en même temps que l'opalescence du sérum. H. BOURGES.

CHARRIN et DE NITTIS. Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection des sérums d'animaux vaccinés (*C. R. Acad. des Sc.*, *4 janv. 1897*).

Dans les processus de résistance qui font suite à l'introduction des sérums des animaux vaccinés, les forces réactionnelles de l'organisme jouent un grand rôle. Quelle est à cet égard la part du système nerveux? Pour le déterminer, les auteurs de cette note ont fait leurs expériences comparatives sur un seul et même sujet, en comparant par exemple le membre postérieur droit, dont le sciatique avait été préalablement sectionné, au membre gauche demeuré normal. Une même dose de culture vivante du *Proteus vulgaris* est inoculée dans les deux membres, l'animal ayant préalablement reçu, dans les veines, du sérum de cobaye vacciné contre ce Proteus. Dans ces conditions, les abcès se sont développés

Digitized by Google

uniquement, ou bien n'ont acquis un grand volume, que dans la région soustraite à l'influence nerveuse. Il est donc bien certain que les lésions du système nerveux, qui en général favorisent l'infection, s'opposent aussi à la plénitude de la défense de l'organisme secouru par les sérums.

M. DUVAL.

I.-W. EYRE et I. WASHBOURN. Resistant forms of the pneumococcus (*Journal of pathol. and bacteriol., IV, n° 3, p. 394, 1897*).

Si l'on ensemence, suivant la méthode d'Emmerich, le pneumocoque dans une grande quantité de bouillon, il reste, dans le dépôt, des formes résistantes du microbe, capables de se reproduire après trois mois et de donner lieu à une variété spéciale qui pousse sur gélatine et sur pomme de terre. Elle n'est pas virulente. Un seul lapin ayant succombé à la suite de l'inoculation de ce pneumocoque, ce dernier reprit alors sa virulence et ses caractères primitifs. Les cultures du pneumocoque renferment donc des individus différents; les uns, en présence des tissus, se reproduisent avec leurs propriétés pathogènes ; les autres sont capables, sur les milieux artificiels, de se comporter comme des saprophytes.

H. VINCENT.

W. KOLLE. Zur Bacteriologie der Beulenpest (Bactériologie de la peste bubonique) (*Deutsche med. Woch., p. 146, 4 mars 1897*)

K. a eu à sa disposition 4 échantillons de cultures du bacille de la peste provenant de Hongkong, Paris, Londres et Bombay, Le bacille est un bâtonnet court, immobile sans flagelles, se décolorant par le Gram et possédant, comme le bacille du choléra des poules, la propriété spéciale de se colorer d'une manière plus intense à ses deux extrémités ; la partie centrale formant comme un vide. Il se cultive dans tous les milieux connus; l'addition de sucre, au milieu de culture, favorise son développement. L'injection intra-péritonéale ou intra-vasculaire amène une mort rapide. (24 à 38 heures, rats ou cobayes). Si le virus est affaibli par une longue conservation dans le laboratoire la mort n'arrive que dans la 2e semaine et le tableau de la maladie rappelle celui de la peste bubonique. Le bacille a été trouvé dans les glandes tuméfiées et le sang. Au point de vue de l'immunisation, K. a traité une série d'animaux, 5 rats et 4 cochons d'inde par l'injection d'une culture sur agar, tuée par une exposition de plusieurs heures à 65°. Tous ces animaux ont supporté 16 jours après, sans être malades, l'injection d'une culture en pleine virulence. Deux hommes ont également subi, avec leur consentement, l'injection préventive.

H. DE BRINON.

A. MASKUTOW. Immunisation contre la tuberculose au moyen des toxines tuberculeuses (*Centr. f. Bakter., XXI, p. 317*).

Les résultats négatifs que donne pour la cure de la tuberculose la tuberculine de Koch, obtenue au moyen des bouillons de cultures tuberculeuses, fait croire à l'auteur que la tuberculine ne contient pas les

Digitized by Google

véritables toxines tuberculeuses. Il prétend avoir retiré des organes de cobayes atteints de tuberculose une substance qui serait la véritable toxine.

Cette substance, injectée à plusieurs reprises par petites doses à des cobayes, leur a conféré au bout de 3 mois à 3 mois 1/2 une immunité qui leur a permis de supporter impunément l'inoculation sous-cutanée ou intra péritonéale d'une culture tuberculeuse virulente, qui tuait des animaux témoins. L'auteur se propose de renouveler ces expériences sur d'autres animaux et de rechercher ensuite si leur sérum aurait acquis un pouvoir curatif après cette immunisation. H. BOURGES.

L. BRIEGER et BOER. Ueber die Toxine der Diphtherie und des Tetanus (*Deutsche med. Woch., p. 783, 3 déc. 1896*).

La toxine et l'antitoxine amorphe de la diphtérie et du tétanos peuvent être isolées grâce à leur propriété de former avec les métaux lourds des combinaisons doubles plus ou moins solubles.

Pour isoler la toxine amorphe de la diphtérie, les auteurs emploient la solution de chlorure de zinc à 1 0/0 et un mélange de sels ammoniacaux, bicarbonate, phosphate, mais lorsque les bacilles diphtériques ont été cultivés sur un milieu albumineux, la toxine reste toujours mêlée à une certaine quantité d'albumine qu'on ne peut éliminer. On peut éviter cet inconvénient en cultivant les bacilles sur l'urine humaine dialysée; on obtient ainsi une toxine ne renfermant aucune trace d'albumine ou de peptone.

La toxine diphtérique amorphe n'appartient pas au groupe des substances albumineuses optiquement inactives, elle est détruite par l'alcool, l'éther, l'acétone, les acides, même l'acide carbonique; elle conserve ses propriétés biologiques en présence des alcools faibles. Les substances oxydantes, comme le permanganate, même en solution très étendue et faiblement alcaline, détruisent instantanément la toxine, tandis qu'elle supporte le contact prolongé des substances faiblement réductrices (24 heures avec le sulfate de fer). La substance isolée dont il est ici question, est bien la même que celle qui se trouve dans les solutions filtrées, les expériences sur les animaux ne laissent aucun doute à ce sujet. Avec le chlorure d'ammonium, on peut débarrasser complètement les corps bacillaires de la toxine amorphe; après cette préparation, on trouve encore dans ces corps une autre substance qui n'offre les réactions, ni de la peptone, ni de l'albumine et qui est inoffensive même à grosses doses; cette substance n'est pas immunisante. Les corps bacillaires qui ont subi ces deux préparations chimiques, renferment encore un poison très actif pour les animaux à sang chaud : 1 centigramme de ces corps bacillaires en suspension dans l'eau, injecté à un cobaye de 500 grammes le tue en 48 heures. Dans ce cas, on ne trouve plus à l'autopsie, les lésions caractéristiques du poison spécifique : le poison des corps bacillaires est surtout un poison nécrosant. Le sérum spécifique n'a aucune action immunisante contre ce poison qui ne paraît pas soluble, sa force physiologique est presque indestructible ; après ébullition d'une heure, il est à peine modifié. Si on le brûle dans une lessive de soude,

Digitized by Google

il se dégage des vapeurs qui rappellent les ptomaïnes cadavériques.

La toxine du tétanos peut s'isoler comme celle de la diphtérie, mais jusqu'ici il a été impossible d'en obtenir des quantités appréciables ; elle paraît être complètement absorbée par le filtre qui prend une couleur jaune. H. DE BRINON.

L. DE MARTINI. Différenciation du bacille diphtérique et du bacille pseudo-diphtérique (*Centralbl. fur Bakt.*, *XXI*, *p. 87*).

Deux bacilles (*a* et *b*) avaient les caractères du bacille diphtérique, mais ne présentaient aucune virulence. Le bacille *a* acidifiait le bouillon neutre, tandis que le bacille *b* le rendait alcalin en 24 heures. Pour déterminer s'ils pouvaient être considérés comme des bacilles diphtériques ayant perdu leur virulence, l'auteur s'est appuyé sur cette remarque, qu'il a faite, que les bacilles diphtériques qui cultivent bien dans le sérum normal ne se développent pas dans le sérum antidiphtérique non gélatinisé. Le bacille *a* se comportait de même, tandis que le bacille *b* se développait, bien que très lentement, dans l'un ou l'autre sérum. Martini a observé que les bacilles diphtériques virulents, de même que les bacilles *a* et *b*, poussaient également bien sur le sérum normal et sur le sérum antidiphtérique après gélatinisation du milieu à 70°. Il n'a pu obtenir avec le sérum antidiphtérique d'agglutination des bacilles, comme Nicolas dit l'avoir vu.

L'auteur pense que le bacille *a* doit être considéré comme un bacille diphtérique ayant perdu sa virulence, tandis que le bacille *b* est un bacille pseudo-diphtérique d'une autre espèce que le bacille de Löffler et sans rapport avec l'étiologie de la diphtérie. H. BOURGES.

J. NICOLAS. Apparition du pouvoir agglutinant dans le sérum des sujets traités par des injections de sérum antidiphtérique (*Soc. de biol.*, *30 janv. 1897*).

Le séro-diagnostic de la diphtérie n'est pas possible parce que le sérum des sujets diphtériques même graves ne présente pas de pouvoir agglutinant. Mais l'agglutination apparaît dès le lendemain d'une injection de sérum antidiphtérique et disparaît complètement en 15 jours. DASTRE.

H. CLAUDE. Lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur s'est servi, pour pratiquer un grand nombre d'expériences sur les animaux, des toxines diphtérique, tétanique, coli-bacillaire, streptococcique, staphylococcique, pyocyanique, de la ricine et de l'abrine.

En provoquant des intoxications de durée et d'intensité très variables, il a obtenu des hépatites et des néphrites aiguës, semblables à celles que produit l'inoculation des microbes et analogues aux lésions expérimentales produites par les poisons minéraux, végétaux ou animaux dans l'économie.

Au point de vue des résultats il distingue :

Digitized by Google

1° L'intoxication profonde mais *passagère*. Ici on trouve tantôt des lésions généralisées (altérations inflammatoires et dégénératives aiguës, étendues à la totalité des organes), tantôt des lésions localisées qui sont subaiguës ou chroniques (néphrite subaiguë partielle, hépatite subaiguë, cirrhose).

2° L'intoxication *continue* et *progressive*. Les lésions manquent, ou bien on constate des lésions progressivement évoluantes avec localisation élective sur les cellules, sur les vaisseaux, ou sur le tissu conjonctif. Quand le rein est malade, l'épithélium est presque constamment intéressé. Dans le foie, certaines toxines, surtout les pyocyaniques, ont une action spéciale sur la circulation pariétale des conduits biliaires. Les troubles vasculaires peuvent se traduire par des hémorragies de la vésicule.

La dégénérescence amyloïde a été notée dans un cas d'intoxication prolongée.

Les faits expérimentaux permettent de supposer que l'intoxication microbienne joue un rôle dans les hépatites aiguës, l'ictère grave, certaines cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques, la cirrhose biliaire, les néphrites, le mal de Bright. L. GALLIARD.

A. PETERS. Ueber das Verhältniss der Xerosebacillen zu den Diphtheriebacillen..... (Des rapports qui existent entre le bacille de la xérose et le bacille diphtérique) (*Deutsche med. Woch., p. 123, 25 fév. 1897*).

Peters a étudié 15 échantillons de cultures d'apparence diphtérique provenant : 6 du cou, 3 d'eczéma impétigineux de la face, 2 de conjonctivite granuleuse récidivante, 1 de xérose conjonctivale, 1 de conjonctivite membraneuse, 1 de pseudo-diphtérie du nez et 1 dernier provenant d'une gorge saine.

Les 6 premiers échantillons étaient virulents: 0,5 d. c. d'un bouillon de 2 jours injectés sous la peau des cobayes les tuaient en 2 jours avec les signes caractéristiques de la diphtérie. Pour les autres espèces une injection de 3 centimètres cubes n'entraînait pas la mort au bout de quarante-huit heures ; quelques animaux sont morts dans les huit jours mais sans présenter les signes caractéristiques de la diphtérie; 4 fois seulement on a constaté au niveau de la piqûre un œdème sanguinolent ; dans tous les autres cas il n'y avait aucun signe de virulence. Le fait que les injections répétées de culture avirulente entraînent presque régulièrement le dépérissement des animaux semble démontrer une intoxication chronique qui ne va pas jusqu'aux phénomènes pathognomoniques (capsules surrénales, etc.) mais qui permet de supposer qu'entre les cultures virulentes et les cultures avirulentes, il n'y a pas de différence essentielle mais seulement une question de degré. La culture sur les différents milieux et l'examen de l'acidité ne fournissent aucun élément pour distinguer les espèces virulentes des espèces avirulentes.

P. a observé un cas de conjonctivite membraneuse dont les bacilles étaient virulents, qui a évolué avec une grande bénignité, sans retentissement sur l'état général et sans donner lieu à aucun cas de contagion bien que l'enfant ne fût pas isolé et se trouvât dans une maison où logeaient

Digitized by Google

77 personnes. Il ne croit pas que le bacille diphtérique soit la cause de la conjonctivite membraneuse, il s'agit là plutôt du premier stade de la conjonctivite phycténulaire compliquée de fausses membranes par le fait de la présence accidentelle de bacilles virulents. D'autre part, dans 2 cas de conjonctivite diphtérique, les bacilles n'étaient pas virulents.

H. DE BRINON.

Fred. NEUFELD. Tretem im menschlichen Blute nach überstandener Streptococcenkrankheit Antikörper auf? (Les affections à streptocoques ont elles la propriété de développer dans le sang humain les corps antagonistes?) (*Deutsche med. Woch., p. 162, 11 mars 1897*).

Le fait clinique depuis longtemps connu de la fréquente récidive des érysipèles semble indiquer que l'érysipèle ne crée pas, chez l'individu qui en est atteint, une immunité; une observation récente de Koch et Petruschky prend, à ce point de vue, la valeur d'une expérience de laboratoire ; il s'agit d'un cancéreux chez lequel, à de courts intervalles, on a pu artificiellement et dans un but thérapeutique provoquer le développement de l'érysipèle. De ces onze attaques, les dernières ont été aussi violentes que les premières. L'auteur a profité de la présence à l'Institut Koch d'un malade atteint d'arthrite streptococcienne pour étudier l'action du sérum de ce malade au point de vue de l'immunité.

Dans une première série d'expériences sur des lapins et des rats, il a constaté que le sérum du malade pris en pleine évolution de la maladie n'avait aucune action immunisante sur les animaux inoculés. Le fait que parmi les deux séries d'animaux aussi bien ceux traités par le sérum que les animaux de contrôle, un est resté vivant, indique que les doses décroissantes avaient été bien choisies pour déceler même une faible action immunisante. La limite des doses sûrement mortelles de bouillon de culture de streptocoques est beaucoup plus variable qu'on ne l'a admis jusqu'ici ; ainsi, un des lapins a supporté sans inconvénient une dose cent fois plus forte que celle qui avait tué les 2 lapins précédents. Aussi bien chez les rats que chez les lapins, il est impossible d'établir la dose mortelle minima comme on l'a fait pour le typhus et le choléra ; il arrive souvent qu'un rat supporte une dose 10 ou 100 fois supérieure à celle qui a tué une série d'autres animaux et cela alors même qu'il s'agit du même bouillon de culture.

Dans une 2e série d'expériences, l'auteur a recherché si le sérum du précédent malade, recueilli 3 semaines après la guérison, était immunisant contre les streptocoques provenant de son propre sang et conservés dans la glace ; les expériences ont encore été négatives. H. DE BRINON.

Johannes PETRUSCHKY. Ueber Antistreptokokken-Serum (*Zeitschr. f. Hyg., XXII et Hyg. Rundsch., VI, n° 24, p. 1222, 15 déc. 1896*).

Petruschky a vérifié l'efficacité du sérum antistreptococcique de Marmorek dans des échantillons venant de Lyon et de Paris, dont l'un de l'inventeur lui-même. Il l'a trouvé complétement inerte, même contre le streptocoque dont s'est servi Marmorek. Son emploi ne saurait donc être

Digitized by Google

conseillé chez l'homme, d'autant plus que deux des échantillons parisiens n'étaient pas stériles.

Petruschky, contrairement à Marmorek, a remarqué que le streptocoque de Marmorek se développe aussi bien dans un bon bouillon nourricier ordinaire que dans le bouillon ascitique ; que, d'autre part, il n'est pas exact qu'un centimètre cube d'une culture diluée au cent millionième renferme des germes de streptocoques et soit sûrement mortel ; pour cela il faut au moins remonter à la dilution au millionième et encore y a-t-il des exceptions. J. B.

L. GAILLIARD. Contribution à l'étude clinique du groupe proteus (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur s'est attaché à chercher les différentes réactions chimiques que donnent les cultures de proteus vulgaris et à les rapprocher de celles qu'il a obtenues avec deux microbes se rattachant à ce groupe. Il est arrivé ainsi à établir les distinctions suivantes :

Le microbe C (retiré d'une mastoïdite suppurée) ne donne pas d'acide acétique avec la glycérine ; le microbe M (retiré d'un abcès du foie) ne donne pas d'acide acétique avec la maltose ; tandis qu'avec la glycérine et la maltose le proteus en produit.

Contrairement au proteus, le microbe C ne donne pas des générateurs d'iodoforme avec la dextrine ; le microbe M n'en donne ni avec la dextrine ni avec la maltose. En revanche, le microbe C en donne avec la lévulose, la mannite et l'inuline, et le microbe M avec la lévulose ; alors que ces substances n'en donnent pas dans les cultures de proteus.

Ces différences semblent indiquer qu'il peut exister des variétés dans le groupe proteus. H. BOURGES.

Francesco SANFELICE. Ueber die pathogene Wirkung der Blastomyceten (*Zeitsch. f. Hyg., XXI et XXII*).

Sanfelice soutient que les tumeurs malignes chez l'homme sont causées par des blastomycètes, et il désigne sous ce nom les organismes décrits antérieurement à tort, selon lui, pour des sarcosporidies ou des coccidies, par Darier, Albarran, Russel, Sudakewitsch, Ruffer et Walker, Ruffer et Plimmer, Foa. Quand on inocule des cultures de ces microorganismes à des animaux doués de réceptivité, on produit des tumeurs ayant même texture et même évolution que les tumeurs malignes humaines.

Dans un premier mémoire, Sanfelice a décrit le blastomycète qu'il appelle saccharomyces neoformans ; dans son second travail, il expose les caractères d'une nouvelle espèce à laquelle il confère le nom de saccharomyces lithogènes parce qu'il donne lieu, à l'intérieur des tissus animaux, à la formation de masses calcaires.

Le saccharomycète lithogène est pathogène pour le cobaye, la souris, le rat blanc, le chien, le mouton, le bœuf, l'âne, la poule. Les cobayes succombent 2 mois après l'inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané, 1 mois après l'inoculation dans la cavité abdominale. Dans les deux cas, les lésions sont assez semblables : tumeur variant de la grosseur d'un

Digitized by Google

pois à celle d'une noisette au point inoculé, hypertrophie des ganglions même éloignés, taches d'un blanc sale à la surface du mésentère et de la rate, plus rarement dans les reins et les poumons ; intégrité constante du foie, de l'intestin et du cerveau. Les souris périssent déjà au bout de 8 jours par infection générale ; chez elles, la propagation des parasites ne s'opère pas seulement par les vaisseaux lymphatiques, mais aussi par la voie sanguine. Chez deux jeunes moutons, il se produisit, au bout de 2 ou 3 semaines, au niveau des points inoculés, des tumeurs contenant un liquide puriforme avec cellules géantes et, comme dans les tissus des cobayes et des souris, blastomycètes les uns normaux, les autres dégénérés et offrant des dépôts calcaires ; les moutons finirent par guérir.

Dans son 3e mémoire, Sanfelice décrit les résultats d'inoculations du saccharomyces neoformans aux souris domestiques, rats blancs, lapins, chiens et poules. Les souris domestiques présentent une très grande réceptivité : toutes sont mortes en moyenne 8 jours après l'inoculation intraabdominale en offrant sur l'épiploon, la rate et les reins, des taches d'un blanc gris, grosses comme des grains de mil, dans lesquelles se trouvaient, soit libres, soit inclus dans des cellules lymphatiques, de nombreux parasites. Le microscope révélait en outre la présence des mêmes parasites dans le sang et dans tous les autres organes. Il s'agit donc chez les souris d'une infection générale, sans grande réaction des cellules des tissus. Chez le rat blanc, la pullulation du saccharomyces neoformans est moindre que chez le cobaye, tandis que la réaction des tissus est plus considérable. Chez les lapins qui ont succombé, le nombre des parasites était moindre que chez les animaux précédents, mais la prolifération des éléments des tissus était plus marquée. Sur 30 chiens inoculés, il n'y a eu formation de tumeurs avec métastases viscérales que chez les deux inoculés dans les mamelles postérieures ; l'un fut sacrifié au bout de 4 mois, l'autre périt au bout de 10 mois. Tous avaient présenté d'abord un gonflement aigu de la région inoculée, mais il ne persista que chez les 2 inoculés dans les mamelles où les ganglions inguinaux ne tardèrent pas à s'hypertrophier. Les tumeurs ganglionnaires contenaient des nodules dont la structure ressemblait d'une façon frappante à celle des sarcomes et carcinomes. Il n'y avait de parasites que dans la portion périphérique la moins ancienne ; quelques-uns étaient libres, mais les plus nombreux étaient encore inclus dans des cellules. Les parasites se retrouvaient aussi dans les reins et la rate, mais ni dans le foie, ni dans les poumons, ni dans le cerveau. Sur les 8 poules inoculées, 3 eurent des néoplasmes contenant des formes de parasites très différentes de celles des autres espèces ; la texture des tumeurs était autre aussi ; cependant ces parasites si différents provenaient des mêmes cultures.

J. B.

J. BRAULT et J. ROUGET. Étude clinique et bactériologique d'une pseudo-mycose observée en Algérie (*Archives de méd. exp., IX, n° 2, p. 129*).

Il s'agit d'une infection déterminant des ulcères térébrants profonds siégeant aux jambes, et se rencontrant chez des ruraux. Cette maladie rappelle par certains caractères l'actinomycose et le pied de Madura, d'où

Digitized by Google

le nom de pseudo-mycose que lui ont donné les auteurs ; mais elle en reste nettement distincte. Un caractère qui semble pathognomonique, c'est que chaque collection en s'ouvrant donne issue à une matière encéphaloïde ressemblant à de la cervelle cuite ; en outre, la marche plus rapide, l'absence de grains jaunes séparent cette affection de l'actinomycose et l'intégrité des extrémités inférieures la distingue du pied de Madura.

L'examen bactériologique du pus et sa culture ont révélé la présence de 3 microorganismes : 1° un bacille long et grêle, saprogène, très mobile, se décolorant par le gram, d'aspect polymorphe, cultivant bien sur les milieux usuels, liquéfiant la gélatine ; 2° un bacille court, trapu, immobile, cultivant bien sur les milieux usuels, mais lentement sur la gélatine qu'il ne liquéfie pas ; 3° un microcoque analogue aux staphylocoques, donnant dans la gélatine, qu'il ne liquéfie pas, une culture en clou.

Le premier seul de ces microorganismes, le bacille long et grêle, se rencontrait constamment dans le pus. D'après les auteurs, il serait l'agent spécifique de l'affection ; mais la présence des autres bactéries serait nécessaire pour renforcer son action pathogène. En effet, l'expérimentation a montré que le bacille long, injecté au cobaye seul, provoque une collection purulente mais guérissant vite ; que le bacille court et le microcoque restent isolément sans influence pathogène ; tandis que l'inoculation simultanée au même animal des deux bacilles ou mieux des trois microorganismes détermine des abcès multiples et volumineux, suivis d'ulcérations profondes.

L'iodure de potassium reste sans effet sur cette maladie, qu'il faut traiter chirurgicalement par la curette et les caustiques. H. BOURGES.

Hans KOHN. Bacteriologische Blutuntersuchungen..... (Recherches bactériologiques surtout dans la pneumonie) (*Deutsche med. Woch., p. 136, 25 fév. 1897*).

Kohn prend le sang à examiner, par une ponction d'une veine brachiale à travers la peau. Dans 2 cas d'endocardite ulcéreuse aiguë, l'ensemencement du sang a donné des résultats positifs, streptocoques avec quelques staphylocoques dans un cas, staphylocoques dans l'autre. 3 cas d'endocardite subaiguë et chronique ont donné : 2 des résultats négatifs ; 1, des résultats positifs ; dans ce dernier cas, il y avait une thrombose phlébitique, erysipèle, phlegmon, ictère fébrile avec tuméfaction de la rate. Ces 3 cas qui ont guéri, ont donné des résultats négatifs.

Hémoglobinurie paroxystique, négatifs.

Aphtes paroxystiques, négatifs.

Typhus abdominal, sur 8 cas, 2 fois résultats positifs (bacilles indéterminés).

Leucémie chronique et pseudo-leucémie, résultats négatifs.

Pyémie avec phénomènes articulaires, résultats positifs (streptocoques).

Rhumatisme articulaire aigu grave : 2 cas avec complication d'endocardite et de broncho-pneumonie, résultats négatifs.

Pneumonie fibrineuse aiguë, 32 cas :

16 résultats négatifs chez des sujets qui ont guéri ;

Digitized by Google

1 résultat positif chez un sujet qui est mort;

2 résultats positifs chez des sujets qui ont guéri, mais après des métastases pneumo-cocciques;

2 résultats négatifs chez des sujets qui sont morts après terminaison de la pneumonie en empyème à staphylocoques.

3 résultats négatifs chez des sujets qui sont morts : dans un cas, il s'agissait d'un alcoolique mort subitement pour s'être levé malgré la défense au moment de l'acné; dans le 2e cas, on a trouvé dans le poumon après la mort, non des pneumocoques, mais de petits bacilles de l'influenza. Pas de renseignements sur le 3e cas. En résumé, résultats positifs dans la plupart des cas mortels, résultats négatifs dans la plupart des cas à terminaison favorable. La présence des pneumocoques dans le sang constitue un pronostic mauvais.

On remarque autour des colonies de pneumocoques une coloration verdâtre de l'agar ensemencé s'observant aussi avec d'autres bactéries mais plus intense avec les pneumocoques; cette coloration permettrait peut-être d'expliquer la couleur rouillée de l'expectoration. H. DE BRINON.

CHANTEMESSE. Sur la toxine typhoïde soluble (*Soc. de biol.*, *23 et 30 janv. 1897*)

Le bacille typhique est cultivé dans un milieu obtenu par macération de rate et de moelle des os additionnée de sang humain défibriné. Le produit filtré a son maximum de toxicité vers le 6e jour. La toxine se conserve à l'abri de l'air et de la lumière, à la température ordinaire; le chauffage à 100° diminue le pouvoir toxique, sans le faire disparaître. Le cobaye est moins sensible que le lapin, celui-ci que le mouton et le mouton que le cheval.

L'inoculation au mouton provoque la diarrhée, l'élévation thermique, le pouvoir agglutinatif au bout de six jours. Chez le lapin, avec dose suffisante, il y a diarrhée et hypothermie, mort en quelques heures; à dose moindre hypothermie initiale et même tableau ensuite. La matière soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool est plus active que celle qui est soluble dans l'alcool et dans l'eau. L'immunisation du cheval est lente. Son sérum est antitoxique. Il a exercé une influence favorable chez des malades atteints de fièvre typhoïde. DASTRE.

Paul COURMONT. Répartition de la substance agglutinante chez les typhiques (*Presse méd.*, *6 mars 1897*).

Ses résultats sont basés sur 7 autopsies et condensés dans le tableau schématique suivant :

Sang du cœur	200	
Sang de la veine rénale	200	
Suc du corps thyroïde	200	
Suc de l'ovaire	200	
Sérosité pleurale	100	
Serosité péricardique	100	variable
— péritonéale	100	variable
Sang du foie	10	

Digitized by Google

Suc de la rate	10
Suc des ganglions mésentériques	10
Bile	10

Les organes où se localise le bacille d'Eberth sont très pauvres en substance agglutinante, et en contiennent environ 20 fois moins que les autres glandes, ou que le sang de la circulation générale. Le bacille ou ses toxines seraient antagonistes de la formation de la substance agglutinante.

H. L,

BUSSENIUS et SIEGEL. Der Gemeinsann..... (L'aphte chez l'homme et chez l'animal et le piétin ont comme base le même microbe) (*Deutsche med. Woch.*, *n*os *5 et 6, 29 janv. et 4 fév. 1897*).

Siegel avait déjà affirmé, dans une publication récente, que le germe commun de l'aphte et du piétin était un bacille ovoïde, voisin par ses propriétés morphologiques et physiologiques du coli-bacille et ne s'en différenciant d'une manière absolue que par sa virulence spécifique. De nombreuses expériences répétées pendant plusieurs années permettent aujourd'hui à B. et à S. d'affirmer d'une manière absolue la réalité de cette découverte. Le bacille spécifique de l'aphte et du piétin se trouve à l'état de pureté dans le sang et les organes des animaux atteints d'aphte et de piétin. Il se retrouve identique chez l'homme, dans la salive et dans les vésicules de l'aphte, mais là, il se trouve toujours mélangé à d'autres germes. Les cultures pures, mélangées à la nourriture des animaux ou injectées dans la bouche ou sous la peau, reproduisent la maladie, notamment chez le coq et le veau. D'autre part, les expériences de contrôle faites avec le colibacille provenant de selles diarrhéiques ou avec le streptocoque de l'érysipèle sont constamment restées négatives.

Le bacille aphteux a pour milieu de culture de préférence le bouillon.

Dans des épidémies d'aphte chez des animaux, B. et S. ont pu recueillir dans le sang, pris avec toutes les précautions, des échantillons de culture pure du bacille ovoïde ; mais il faut, pour obtenir ces cultures, que la maladie soit récente et que l'animal ne soit encore pas dans le marasme.

Les cochons d'Inde, inoculés avec le bacille spécifique dont la virulence n'a pas été atténuée par des cultures successives, meurent du 7e au 10e jour sans présenter de réaction locale ; leur sang fournit des cultures pures du bacille ovoïde. A plusieurs reprises, B. et S. ont fait examiner par des vétérinaires les veaux auxquels ils avaient inoculé la maladie, et ceux-ci ont reconnu d'une manière formelle que la maladie reproduite est bien la maladie connue sous le nom d'aphte et de piétin.

H. DE BRINON.

C. PHISALIX. Causes de la résistance des carnassiers au charbon (*Soc. de biol.*, *10 avril 1897*).

Les carnassiers sont, en général, réfractaires à l'inoculation du charbon par les voies digestives. Ils mangent impunément de la viande charbonneuse, mais cette immunité peut disparaître si la quantité de l'agent augmente considérablement ; elle n'est que relative. Elle peut encore di-

Digitized by Google

minuer ou disparaître, dans le cas général où la résistance vitale est diminuée elle-même par une cause quelconque, affaiblissement, autre infection. Les réactions défensives (sécrétion de substances bactéricides au moment de l'infection), dépendent de l'état de l'organisme.

DASTRE.

I. — WIDAL et SICARD. La réaction agglutinante sur les bacilles morts (*Soc. de biol.*, *30 janv. 1897*).

II. — RENON. Nécessité d'examiner les cultures avant l'addition du sérum dans la recherche de la réaction de Widal (*Ibid.*, *30 janv. 1897*).

I. — Bordet a vu l'agglomération se produire chez les vibrions cholériques morts. Il en est de même pour les bacilles typhiques tués par une température de 57° prolongée une heure; la propriété agglutinante se conserve pendant des semaines et des mois dans une culture typhique additionnée de 1/150 de formol.

II. — Avec des cultures vieilles de 24 heures au plus, il peut se produire de pseudo-amas, sans addition de sérum suspect, d'où la nécessité d'un examen comparatif. DASTRE.

W. KOLLE. Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Schutzimpfung des Menschen..... (Recherches expérimentales sur la question de la vaccination de l'homme contre le choléra asiatique) (*Deutsche med. Woch.*, *n° 1, 1er janv. 1897*).

Les expériences de K. ont porté sur 16 personnes qui, volontairement, se sont soumises à la vaccination anticholérique. Le résultat de la vaccination était contrôlé par l'injection dans le péritoine d'un cobaye infecté artificiellement d'une dose déterminée de sérum de la personne vaccinée. Par des expériences successives, on arrivait à déterminer le titre de ce sérum au point de vue de son pouvoir immunisant. Trois séries d'expériences ont été faites : 1° avec des cultures vivantes de vibrions cholériques; 2° avec des cultures stérilisées par la chaleur ou le chloroforme; 3° avec les mêmes cultures stérilisées et conservées pendant quatre semaines à la température de la chambre.

L'injection faite dans le dos déterminait une réaction locale très vive et un accès de fièvre intense. Au bout de deux ou trois jours, tout était dissipé, mais l'intensité de la réaction prouve l'extrême toxicité de la substance des vibrions cholériques, car cette substance était injectée à une dose qui ne dépassait pas 2 à 3 milligrammes.

Au point de vue spécial de l'immunisation, le résultat assez inattendu de ces 17 observations est : qu'on peut employer indifféremment, pour vacciner contre le choléra, une culture vivante ou une culture morte, une culture fraîche ou une culture conservée; que le nombre des injections n'augmente pas le pouvoir bactéricide du sérum; enfin que l'effet de l'inoculation persiste au moins un an. Chez deux sujets, le pouvoir bactéricide était plus fort au bout d'un an que dix-huit jours après l'injection. Enfin même après ce temps écoulé, le pouvoir immunisant est encore presque aussi fort que celui des convalescents de choléra (d'après R. Pfeiffer). La propriété spécifique du sérum des vaccinés ne se manifeste qu'au bout

Digitized by Google

de cinq jours; elle va en augmentant jusqu'au vingtième jour, et à partir de là diminue lentement, persistant, comme on l'a vu, plus d'un an.

Ces expériences de laboratoire sont complètement d'accord avec les résultats cliniques obtenus par Haffkine dans l'Inde. Enfin le pouvoir bactéricide du sérum des vaccinés ne s'exerce que contre le vibrion du choléra; il n'existe pas contre les autres vibrions pathogènes.

H. DE BRINON.

E. FRANTZIUS. Remarques à propos de l'influence des rayons Röntgen sur le poison rabique (*Centr. für Bakter., XXI, p. 261*).

Si l'on inocule à des lapins une émulsion de moelle rabique soumise pendant un certain temps à l'action des rayons de Roentgen, tandis qu'on injecte à des lapins témoins la même émulsion n'ayant pas subi l'effet de ces rayons; on voit que les rayons X modifient le poison de telle façon que la période d'incubation se trouve prolongée; mais les animaux en expérience meurent également, que le poison rabique inoculé ait été soumis ou non aux rayons de Roentgen. H. BOURGES.

E. BOINET. 10 nouveaux cas de maladie d'Addison expérimentale chez le rat d'égout (*Soc. de biol., 15 mai 1897*).

A la suite de lésions des capsules surrénales on peut observer, chez le rat d'égout, des pigments noir et ocre, en grains dans le sang du cœur, foie, rate, reins, péritoine, etc. Ces dépôts, ordinairement appréciables au microscope, deviennent visibles à l'œil nu dans quelques cas. Ils ont le même aspect que les dépôts pigmentaires observés dans la maladie d'Addison. Le pigment ocre contient du fer. Il y a augmentation de la toxicité musculaire.

Paul SALMAR. Recherches sur l'infection dans la vaccine et la variole (*Soc. de biol., 30 janv. 1897*).

On trouve des corpuscules caractéristiques dans les plaies de la vaccine et de la variole (Renaut, Pfeiffer, Hlovo, Van der Loeff). L'auteur en reprend l'étude. Ce sont des grains hyperchromatiques, mobiles, parasites des cellules épithéliales au voisinage du noyau, entourés d'une auréole claire (vacuole). Ces grains sont constants. Ce ne sont point des produits endocellulaires, mais de véritables corps étrangers. DASTRE.

F. BLUMENTHAL. Tetanusgift (Le poison tétanique) (*Zeitsch. f. klin. Med., XXXII, p. 324*).

Le poison formé par le bacille de Nicolaier semble former avec les cellules de l'économie une combinaison spéciale. Cette combinaison peut être détruite par les agents chimiques. En l'injectant pure dans le péritoine on obtient un tétanos d'emblée sans période latente. Celle-ci apparaît avec les dilutions où intervient un agent chimique.

Digitized by Google

L'antitoxine n'agit pas sur le poison formé, l'extrait du foie par exemple. Elle a perdu presque entièrement sur la combinaison organique l'activité qu'elle avait sur la toxine en culture. Le sang n'est que le véhicule qui porte le poison tétanique aux cellules avec lesquelles il se combine plus ou moins suivant leur affinité. Mais l'antitoxine suffit à faire disparaître la toxicité ordinaire du sang.

La sérothérapie du tétanos peut donc être utile : 1° en empêchant la formation de toxines nouvelles ; 2° en détruisant celles qui circulent dans le sang. Mais si une quantité de toxine est déjà en combinaison cellulaire la sérothérapie perd son efficacité. A. F. PLICQUE.

W. JANOWSKI. Étiologie de la dysentérie (*Centralbl. für Bakter., XXI, p. 88, 151, 194 et 234*).

Ayant étudié une épidémie de dysenterie à Warschau pendant l'année 1892, sans jamais trouver d'amibes dans les selles, Janowski déclare qu'à son avis la dysenterie ne relève pas d'un parasite unique et est due le plus souvent à des associations microbiennes ; il existe aussi une forme de dysenterie bien spéciale par ses caractères cliniques et anatomiques, c'est la dysenterie des tropiques qui est très vraisemblablement due à l'association d'amibes et de bactéries.

L'auteur appuie son opinion sur les analyses détaillées de tous les cas de dysenterie relevés par lui dans la littérature médicale, dans lesquels il est fait mention de la recherche de microbes ou d'autres parasites dans les selles.

L'intérêt de ce travail réside surtout dans une revue bibliographique extrêmement consciencieuse et complète. H. BOURGES.

I. — Mc CLINTOCK. Is the injection of air in hypodermic medication a source of danger? (*Journ. Amer. med. Assoc., 27 fév. 1897*).

II. — PERKINS. Air-embolism with report of cases clinical and experimental (*Boston med. surg. Journal, 18 et 25 fév. 1897*).

I. — Seibert et Schwyzer, dans un mémoire lu le 24 mai 1896 devant l'American Pediatric Society, attribuent la mort subite signalée au cours d'injections hypodermiques, non à la qualité quelconque du liquide injecté, mais à l'introduction malheureuse d'air atmosphérique ; c'est la théorie ancienne de l'embolie aérienne. Voulant contrôler cette assertion, Mc C. a institué un certain nombre d'expériences sur des chevaux, des coqs, des chiens, des lapins, des cochons d'Inde, etc, injectant dans la veine jugulaire des quantités parfois considérables d'air athmosphérique, jusqu'à 1200cc chez les chevaux. Or, si les phénomènes observés furent toujours identiques, une dyspnée d'intensité et de durée variables en étant la caractéristique, par contre la mort ne put être provoquée. D'où cette conclusion que les décès sont à attribuer à une cause inconnue, d'autant que la dose d'air atmosphérique susceptible d'être introduite par une injection hypodermique est forcément des plus minimes, quelques bulles incapables *per se* de causer de sérieux troubles circulatoires.

Digitized by Google

II. — Deux des cas cliniques mentionnés dans ce travail sont inédits. L'un concerne une femme de 28 ans, décédée subitement chez un médecin qu'elle était venue consulter pour un prétendu rhume. A l'autopsie, on trouvait les traces de manœuvres abortives récentes ; le placenta à moitié décollé laissait béants les sinus utérins. La veine iliaque interne, la veine cave ascendante, le cœur contenaient de l'air ; le sang du cœur était spumeux. Le second fait est relatif à une femme, accusant de la dyspnée, morte subitement au cours d'un examen gynécologique. A l'autopsie, on trouve le cœur distendu. Les vaisseaux afférents et efférents préalablement liés, le cœur est ouvert sous l'eau ; il s'en échappe de grosses bulles d'air et du sang spumeux qui se collecte sur la surface de l'eau. On trouve aussi de l'air dans la veine cave ascendante et dans les vaisseau du cerveau. La femme était enceinte. Les membranes de l'œuf présentaient des traces évidentes de manœuvres abortives ; le placenta était partiellement décollé, laissant béant les sinus utérins.

Les expériences furent faites sur des chiens ; l'air atmosphérique fut introduit à doses variées dans la jugulaire externe, sans du reste causer d'autres troubles qu'une dyspnée intense. La circulation normale se rétablissant dans la règle rapidement. La mort ne put être provoquée qu'en prolongeant outre mesure les expériences. CART.

CORNIL. Sur les lésions des vaisseaux (artères et veines) et la formation des cicatrices consécutivement à une ligature (*Bull. Acad. de méd.*, *24 nov. 1896*).

Après la ligature d'une veine, dès le premier ou le second jour, on constate la multiplication des cellules de l'endothélium qui deviennent cylindriques et se disposent en plusieurs couches, enchevêtrées, anastomosées. Quelques cellules devenues libres pénètrent dans le caillot sanguin où elles forment des colonies migratrices tout en conservant par leurs prolongements des connexions avec les cellules encore fixées à la paroi.

Ce sont ces cellules qui sont les agents actifs de l'organisation du caillot et de la réparation cicatricielle de la veine au niveau de la ligature et dans toute la région voisine où le sang s'est coagulé dans son intérieur.

Au quatrième jour après la ligature, le bourgeon, formé de grumeaux de fibrine adhérant à la paroi, est organisé, en ce sens qu'il est riche en cellules endothéliales anastomosées et formant un tissu déjà solide. On y voit des cavités bornées par des cellules endothéliales ressemblant absolument à des vaisseaux capillaires et anastomosées entre elles ; il n'y manque que du sang circulant pour être réellement un réseau de vaisseaux sanguins.

Dix jours après la ligature la transformation du caillot en tissu conjonctif est complète et le sang circule dans les pseudo-capillaires qui se sont unis aux vaisseaux de la paroi.

A la suite de la ligature d'une artère on observe les mêmes phénomènes ; prolifération de l'endothélium ; pénétration par lui du caillot fibrineux ; bourgeon cellulaire plus marqué en un point ; formation de fentes et d'un réseau pseudo-capillaire dans le coagulum fibrino sanguin.

Digitized by Google

Mais le processus est plus lent pour les artères que pour les veines et son retard est de 5 à 6 jours. LEFLAIVE.

Herb. DURHAM. The mechanism of reaction to peritoneal infection (*The Journ. of pathol. and bact., IV, n° 3, p. 338. 1897*).

Les cellules qu'on rencontre dans l'infection péritonéale sont : *a*) cellules hyalines ; *b*) megoxycytes, grandes cellules à granulations éosinophiles, qui sont peu phagocytaires ; *c*) microxycytes, cellules qui prennent les matières colorantes acides ; elles sont fortement phagocytaires ; leurs granulations sont probablement l'origine des alexines. Leur nombre est en raison inverse de la virulence du microbe inoculé. Elles émigrent des vaisseaux et, d'abord indépendantes, elles ne tardent pas à s'agglomérer ; *d*) macrophages, dérivés des cellules endothéliales de l'épiploon et du péritoine. Ces éléments apparaissent 20 heures après l'inoculation ; ils sont très actifs et peuvent englober des microxycytes et quelquefois des globules rouges ; *e*) cellules basophiles, abondantes à la surface du péritoine, mais ne flottant pas dans l'exsudat liquide.

L'afflux leucocytaire débute 3 minutes après l'infection, par l'arrivée des cellules hyalines ; ces dernières, surtout si la culture inoculée est peu virulente, se chargent d'un nombre énorme de microbes et en paraissent hérissées (cellules-hérissons). Elles ne sont pas entourées d'une couche glaireuse.

Chez l'animal inoculé et chez l'homme, dans la hernie étranglée, le liquide péritonéal peut être stérile alors que les microbes adhérents à la surface du péritoine sont vivants.

Pour la destruction bactérienne, et bien qu'il y ait une relation incontestable entre le pouvoir antibactérien et la multiplication leucocytaire, la seule présence des phagocytes n'est pas suffisante. L'action inhibitoire de certaines substances contenues dans le liquide péritonéal, et issues, peut-être, des leucocytes, précède de quelques minutes l'arrivée des cellules et diminue la mobilité des bacilles (choléra). C'est alors seulement qu'intervient énergiquement l'activité phagocytaire. H. VINCENT.

J.-J. MAKLETZOW. Sur la perméabilité des parois intestinales pour les microbes dans l'occlusion intestinale (*Vratch, n° 10, 1897*).

Dans les différentes manières de réalisation artificielle de l'occlusion intestinale chez le lapin, M. a vu la paroi intestinale devenir perméable pour les micobes, dès que l'hyperémie veineuse est devenue macroscopiquement visible. En moyenne, 22 heures d'arrêt complet de la circulation du contenu intestinal suffisent pour obtenir ce résultat. Dans ces expériences, l'opium retardait la pénétration des microbes à travers les parois, en augmentant le délai de 2 à 3 fois, tandis que l'huile de ricin accélérait ce résultat au double ou davantage. Le seul trouble de nutrition de la paroi, comme on l'obtient avec la ligature des vaisseaux mésentériques, suffit pour rendre la paroi perméable, mais l'effet est bien plus tardif qu'avec la ligature de l'intestin lui-même. Dans les ligatures des vaisseaux, l'opium et l'huile de ricin manifestent les mêmes actions retardantes ou accélérantes que dans l'occlusion des parois. H. FRENKEL.

Digitized by Google

DAUBER. Schwefelwasserstoff-Gährung im Magen (*Berlin. klin. Woch., p. 970, 26 oct. 1896*).

Dans l'estomac de 9 individus, dont 6 étaient sains tandis que les 3 autres présentaient une insuffisance motrice plus ou moins accusée, Dauber a compté en tout 41 espèces bactériennes. En moyenne, les estomacs dont les fonctions motrices étaient normales ou peu troublées ne renfermaient que de 3 à 6 espèces de bactéries, tandis que les autres en contenaient de 13 à 15.

66 0/0 de ces espèces microbiennes formaient de l'hydrogène sulfuré, dont 31,7 en grande quantité ; 24,4 en quantité faible, et 9,75 seulement à l'état de traces. Cultivées à l'abri de l'air, presque toutes les espèces donnaient lieu à de l'hydrogène sulfuré.

A l'exception des sarcines, toutes les espèces se montraient très résistantes à l'acide chlorhydrique. Au bout de 6 jours, elles n'avaient pas succombé dans un bouillon nourricier renfermant 10 0/0 d'acide chlorhydrique normal, soit une proportion de 0,365 0/0 d'acide. Les levures et quelques autres espèces s'y développaient même encore parfaitement, tandis que les autres étaient seulement gênées dans leur croissance ; mais aucune n'y formait d'hydrogène sulfuré. Quelques-unes en formaient encore dans un milieu contenant 0,1824 0/0 d'acide chlorhydrique libre et même 0,255 0/0.

La plupart des espèces se développaient aussi sur les milieux réducteurs et beaucoup d'entr'elles, non seulement produisaient de l'hydrogène sulfuré dans du bouillon peptoné à 5 0/0, mais réduisaient aussi à l'état d'hydrogène sulfuré les composés sulfureux oxydés. Toutefois le phénomène était rare surtout dans la croissance aérobie. J. B.

KHOKHRIAKOW. Lésions de la rétine dans l'urémie aiguë (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

Ligature des uretères chez le lapin et le chien ; on tuait les animaux le deuxième jour, ou ils mouraient au bout de 2 à 4 jours, ou on supprimait la ligature puis on tuait les animaux au bout de 7 à 60 jours. Examen de la rétine à l'aide de la méthode Ehrlich-Dogiel.

Cette méthode a permis de constater, comme cause de la cécité urémique de l'œdème de la rétine consistant en formation de vacuoles dans et autour des cellules ganglionnaires, dans les couches granuleuses et intergranuleuses, en épaississement variqueux des fibres nerveuses et des fibres de Müller, en tuméfaction de l'endothèlium vasculaire et en agrandissement de l'espace périvasculaire. Ces lésions se constituent en 2 ou 3 jours et disparaissent, si on a enlevé la ligature des uretères. On trouve exactement les mêmes lésions dans la rétine des personnes atteintes d'urémie aiguë. H. FRENKEL.

Stanislas MARKUSFELD. Étiologie de la trichorrhexis nodosa de Kaposi (*Centralbl. f. Bakt., XXI, p. 230*).

Plusieurs auteurs, Desenne, Raymond, Hodara, V. Essen, Spiegler ont attribué la trichorrhexis nodosa à une influence parasitaire.

Digitized by Google

Markusfeld a étudié 14 cas de cette maladie et a pu isoler dans 10 de ces cas un bacille auquel il attribue cette maladie.

Ce bacille est long de 2 μ et large de 0,4 à 0,6 μ; ses extrémités sont arrondies; il ne se colore pas par la méthode de Gram; il présente des spores. C'est un anaérobie facultatif.

Il trouble d'abord le bouillon, qui s'éclaircit au bout de cinq ou six jours; forme sur agar de grosses colonies blanches arrondies; liquéfie la gélatine au bout de 48 heures; coagule le lait en un ou deux jours; forme un enduit humide et blanchâtre sur pomme de terre alcalinisée.

L'auteur a vu se produire au bout de six semaines les lésions de la trichorrhexis nodosa sur des cheveux sains qu'il avait trempés dans du bouillon où cultivait ce bacille. H. BOURGES.

I. — A. ROUXEAU. Résultats de l'extirpation isolée des glandules parathyroïdes chez le lapin (*Soc. de biol., 9 janv. 1897*).

II. — E. GLEY. Des effets de l'extirpation des glandules parathyroïdes chez le chien et le lapin (*Ibid.*).

I. — Cette extirpation isolée est plus grave que la thyroïdectomie proprement dite, inoffensive chez le lapin. La thyroïdectomie accompagnée de cette extirpation (thyroïdectomie complète) est encore plus grave.

II. — Il existe quatre glandules parathyroïdes chez le chien et le chat (Kohn); si on les extirpe (Vassale et Generali) on détermine les accidents de la thyroïdectomie complète; l'ablation de la thyroïde seule n'a pas d'effet (Gley.). Le lapin peut avoir aussi les quatre glandules. Il faudra voir si l'opération de Rouxeau les enlève ou les épargne ou si elles font défaut dans certains cas. DASTRE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

L. SCOFONE et BATTISTINI. Recherches expérimentales sur la valeur thérapeutique du sulfate de spartéine comme tonique cardiaque (*Giornale Accad. di med. di Torino, déc. 1896*).

Des expériences de L. Scofone et Battistini, il résulte que la spartéine, aux doses auxquelles elle est employée communément, loin de renforcer l'énergie cardiaque peut déterminer un abaissement sensible de la pression artérielle. G. LYON.

C. BINZ. Die Wirkung übergrosser Gaben Atropin auf die Athmung (*Berlin. klin. Woch., n° 40, 5 oct. 1896*).

Binz soutient que les expériences d'Unverricht ne réfutent nullement les siennes (*R. S. M.*, XXX, 482), relativement aux effets antagonistes

Digitized by Google

de l'atropine et de la morphine sur la respiration, parce que Unv. a employé des doses absolument exagérées d'atropine : dans ses premières expériences (*R. S. M.*, XXXIX, 75), une dose 214 fois plus considérable que celle de Binz, qu'il injectait d'ailleurs directement dans la circulation sanguine, tandis que B. l'injectait sous la peau ; et dans ses expériences plus récentes (*R. S. M.*, XLIX, 508), une dose moindre mais encore 43 fois et demi supérieure à celle de B. J. B.

G. VINCI. Ueber die anästhesirende und toxische Wirkung einiger dem Cocain nahestehender Körper (Action de quelques substances voisines de la cocaïne) (*Arch. f. Phys.*, *p. 163*, *1896*).

L'eucaïne et deux autres substances voisines ont des propriétés physiologiques analogues à celles de la cocaïne dont elles sont proches parentes au point de vue chimique. Toutes contiennent le groupe du benzoyle ($C^6H^5.CO$) auquel elles doivent sans doute, ainsi que la cocaïne, la propriété de produire l'anesthésie locale. Elles produisent en même temps une vaso-dilatation locale, tandis que la cocaïne amène une constriction vasculaire. L'une de ces substances nouvelles, la *Benzoylméthylvinyldiacetonalcamine*, agit comme le curare et paralyse les terminaisons motrices des nerfs ainsi que les terminaisons intracardiaques du pneumogastrique. LÉON FREDERICQ.

M. DOYON. Action de la pilocarpine sur le tonus des muscles bronchiques ; influence suspensive du nerf vague sur ce tonus (*Soc. de biol.*, *16 janv. 1897*).

Le nerf vague contient pour les muscles bronchiques deux ordres de nerfs, les uns toniques ou moteurs, manifestés par l'excitation directe ; les autres anti-toniques ou d'arrêt rendus manifestes par l'excitation après injection de pilocarpine, celle-ci provoquant alors un relâchement. — Quant au muscle lui-même, il est excité par la pilocarpine. L'atropine provoque des effets inverses. DASTRE.

Ch. FRANÇOIS-FRANCK. Assimilation de l'action produite sur le cœur par les poisons systoliques et par les excitations artificielles directes du myocarde (*Soc. de biol.*, *30 janv. 1897*).

La digitaline, la strophantine, modifient la fréquence, le rythme, l'énergie du cœur. Leur trait essentiel est d'augmenter la puissance du myocarde. Ils tuent le myocarde comme le fait la faradisation directe ou l'introduction d'un liquide irritant (sublimé) dans les artères coronaires. DASTRE.

ARTAULT DE VEVEY. Troubles nerveux provoqués par des émanations de laurier-rose (*Soc. de biol.*, *23 janv. 1897*).

Vertiges, faiblesse musculaire, anémie, ralentissement du pouls, dûs à ce fait que le sujet a couché dans une pièce où étaient remisés des lauriers roses, non en fleurs. Accidents encore, lorsque les lauriers-roses sont simplement placés dans le voisinage des chambres à coucher. DASTRE.

Digitized by Google

F.-W. TUNNICLIFFE. Ueber die Wirkung des Piperidins auf den Kreislauf (Action de la pipéridine sur la circulation) (*Centr. f. Physiol.*, *X*, *p. 778*, *1897*).

Injection de 0,01 à 0,02 grammes de chlorhydrate de pipéridine chez le chat. Hausse énorme de la pression sanguine, allant au double de la valeur normale, pendant 1 à 3 minutes, puis retour à la pression primitive en quelques minutes.

La hausse de pression se montre encore après section des vagues et après section de la moelle au niveau de l'articulation occipito-atloïdienne.

LÉON FREDERICQ.

HÉDON. Action de la phloridzine chez les chiens diabétiques par extirpation du pancréas (*Soc. de biol.*, *16 janv. 1897*).

1° Dans la période de marasme où le déficit du pancréas n'a plus le pouvoir de faire naître la glycosurie, la phloridzine provoque encore la formation d'une notable quantité de sucre. 2° Chez l'animal dépancréaté et en pleine glycosurie, la phloridzine fait disparaître l'hyperglycémie, et alors, la piqûre du bulbe est impuissante à la faire reparaître. DASTRE.

I. — DRECHSEL et G. SCHÄRER. Das Antispasmin Merck (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *p. 639*, *15 oct. 1896*).

II. — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne (*Ibid.*, *p. 640*).

I. — Des expériences faites sur grenouilles et lapins prouvent que des deux corps entrant dans la composition de l'antispasmine, le salicylate de soude est le seul actif, tandis que le narcéate de soude est sans action, ainsi que von Schroeder l'avait déjà constaté. Quand on injecte sous la peau d'un lapin, soit du narcéate de soude, soit de l'antispasmine, à l'autopsie on retrouve, au lieu de l'injection, d'épais amas formés par la narcéine qui n'a pas été résorbée du tout. C'est de la même nature que sont les indurations observées chez l'homme, encore plusieurs semaines après une injection d'antispasmine.

II. — *Stooss* qui a prescrit l'antispasmine dans près de 200 cas de coqueluche, la recommande surtout chez les petits enfants parce qu'elle n'a pas d'action narcotique marquée. Il est surpris des résultats expérimentaux de Schaerer, car l'antispasmine s'est montrée efficace là où le salicylate avait été impuissant.

Fueter est aussi très satisfait de l'antispasmine dans la coqueluche, il n'en a jamais vu d'effets désagréables.

Ost emploie avec profit, depuis des années, le salicylate de soude dans la coqueluche. J. B.

Fritz VOIT. Stoffwechseluntersuchungen am Hund mit frischer Schilddrüsen und Iodothyrin (Échanges nutritifs, chez le chien, sous l'influence de l'ingestion de corps thyroïde et d'iodothyrine) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXV*, *p. 116*, *1897*).

Augmentation de l'excrétion d'azote, de l'exhalation de CO^2 et de l'absorption d'oxygène chez le chien, sous l'influence de l'ingestion de corps

Digitized by Google

thyroïde ou d'iodothyrine de Baumann. Baisse du quotient respiratoire. L'iodothyrine, ainsi que la glande thyroïde, ont donc la propriété d'augmenter la désassimilation de l'albumine et de la graisse.

LÉON FREDERICQ.

JACOBY. Ueber das Sphacelotoxin, den wirksamen Bestandtheil des Mutterkorns (*Berlin. klin. Woch., p. 991, 2 nov. 1896*).

Après de nombreux essais, Jacoby a réussi à obtenir, à l'état chimiquement pur, le principe actif du seigle ergoté sous forme d'une substance jaune, cristallisée, qui, administrée à des chiennes et à des chattes pleines, les fait sûrement avorter en vingt-quatre heures, sans phénomènes généraux graves.

La sphacélotoxine active aussi la ponte des œufs chez les poules. Même à très hautes doses, elle n'est pas toxique pour les animaux à sang chaud.

J. B.

Wilh. FILEHNE et Karl SPIRO. Ueber das Pyramydon, ein Antipyrinderivat (*Berlin. klin. Woch., n° 48, 30 nov. 1896*).

La diméthylamidophényldiméthylpyrazolone, baptisée, pour abréger, pyramidon, est un dérivé de l'antipyrine, qui se présente sous la forme d'une poudre cristalline, d'un blanc jaunâtre, soluble dans dix fois son poids d'eau et à peu près insipide.

Ses effets sur le système nerveux sont complétement analogues à ceux de l'antipyrine dont elle se distingue toutefois en ce qu'elle est active à plus faible dose et que son action est plus graduelle et plus lente à disparaître. Elle n'altère nullement le sang. Elle jouit à la fois de propriétés antipyrétiques et anodines.

J. B.

R. STUEVE. Klinische und experimentelle Untersuchungen über einige neuere Nährpräparate (*Berlin. klin. Woch., n° 20, 18 mai 1896*).

1° *Nutrose ou caséinate de soude :* poudre fine, inodore, se dissolvant à chaud dans le lait, le cacao et le bouillon, sans modifier sensiblement le goût de ces boissons. Stüve a prescrit cette nouvelle substance alimentaire à des enfants convalescents de maladies aiguës et soumis à la diète liquide. Il conclut de ses essais que la nutrose est aussi bien absorbée dans le tube digestif que la viande de bœuf raclée.

2° *Hygiama*, poudre facilement soluble dans l'eau chaude, qui, cuite dans le lait ou dans l'eau, donne un breuvage très savoureux et nourrissant. L'hygiama, qui rappelle le cacao par son aspect et son goût, est préparée avec du lait condensé, des céréales qui ont subi un traitement particulier et du cacao privé en partie de son beurre; elle est composée en moyenne de 63,4 0/0 d'hydrocarbones, de 10 0/0 de graisse et de 3,26 0/0 d'azote, ce qui correspond à une teneur de 20,4 0/0 en albumine. Stüve a expérimenté l'hygiama, surtout dans les cas où les malades devaient être maintenus longtemps à une alimentation fluide; il a constaté qu'ajoutée au lait formant la base de ce régime, elle en rompt agréable-

Digitized by Google

ment l'uniformité. Il ressort toutefois de ces expériences que l'azote de l'hygiama n'est pas aussi complétement utilisé que celui du lait. J. B.

K.-M. PODGORNY. Action de l'iode sur les microbes pathogènes (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897*).

L'iode a des propriétés bactéricides puissantes qui ne sont diminuées (jusqu'à 20 et 25 fois) que par la présence, dans la substance à désinfecter, des corps qui donnent avec l'iode des combinaisons stables (albumine, sels). La bactéridie charbonneuse est la plus sensible vis-à-vis de l'iode, puis vient le bacille de la diphtérie ; l'actinomycose est la moins sensible. La solution d'iode nécessaire pour rendre le bouillon inapte au développement des microbes est la plus faible (au 1,500e) quand il s'agit de la bactéridie et du bacille de Löffler, la plus forte (au 600e) pour l'actinomyce. La quantité d'iode nécessaire pour tuer une culture en bouillon est la plus faible pour la bactéridie (1 pour 1,500 et le bacille de Löffler (1 pour 1,350), et la plus forte pour le virgule cholérique (1 pour 360) et l'actinomycose (1 pour 450). Additionné dans la proportion de 1 sur 900 à une culture de deux jours du vibrion cholérique ou à 1 sur 3,600 à une culture bactéridienne, l'iode préserve les animaux de la mort qui serait survenue avec les mêmes quantités de cultures pures. Ces cultures perdent donc leur virulence plus tôt, sous l'influence de l'iode, que leur végétabilité. Le vibrion cholérique, sous l'influence de l'iode à 1 pour 1,200-2,700, perd une partie de sa virulence et présente des modifications morphologiques, mais ne meurt pas. Injecté sous la peau des animaux, l'iode ne les préserve pas de l'action pathogène des diverses cultures inoculées ensuite à l'état de pureté. H. FRENKEL.

E. BOURQUELOT. Présence de ferments oxydants dans quelques substances médicamenteuses (*Soc. de biol., janv. 1897*).

Le gaïacol, sous l'action d'une oxydase, donne un précipité rouge grenat; le créosol un précipité gris jaune. La gomme arabique contient une oxydase. Elle produit les précipités rouge et jaune avec le gaïacol, le créosol, et avec leur mélange, la créosote. La gomme et l'eau créosotée sont incompatibles.

Les substances médicamenteuses qui contiennent des matières oxydantes (oxydase) sont les gommes, arabique, du Sénégal, et les gommes résines des térébinthacées (myrrhe, encens, bdellium); de même la gomme d'abricotier. — Les solutions aqueuses bleuissent la teinture de gaïac, oxydent le gaïacol, le créosol, le naphtol α, la naphtylamine α, la veratrylamine, l'orthocrésol, et même le phénol. — Quant aux médicaments qui peuvent être altérés ou oxydés par ces oxydases, il faut citer les extraits et solutions astringents. DASTRE

I.-A. KOPETZKI. Un cas d'empoisonnement mixte par l'opium et l'atropine (*Vratch, n° 14, 1897*).

Homme trouvé dans un état comateux avec les symptômes suivants : peau et muqueuses pâles, anémiques, les yeux ouverts, saillants en avant, pres-

Digitized by Google

sion intraoculaire augmentée. Pupilles dilatées au maximum, très mobiles à la lumière. Trismus, raideur de la nuque. Ecume blanche entre les dents. Abolition complète de connaissance, pas de réactions aux excitations extérieures. Abolition de la sensibilité sous toutes ses formes, même de la cornée. Convulsions cloniques dans les muscles des extrémités. Réflexes rotuliens et autres fortement exagérés. Trépidation épileptoïde. Parfois, spasme des adducteurs des cuisses. Respiration rare, interrompue ; inspirations profondes, saccadées, 8 à la minute. Pouls plein, 132, pas bien rythmé. Ayant trouvé aux côtés du malade une fiole contenant de l'opium, Pasternatzki fit le diagnostic d'empoisonnement mixte par l'opium et l'atropine. Le traitement institué : café, huile camphrée, respiration artificielle, lavements chauds et bains de 20 à 30°, eut raison de l'état comateux. Le malade guérit et put expliquer qu'il avait versé une pincée de sulfate d'atropine, à peu près 10 à 15 grains, dans une fiole contenant une demi-drachme de teinture d'opium, puis avait bu ce mélange. Il ne se rappelle plus s'il a vomi. H. FRENKEL.

EICHENBERGER. Belladonaintoxication auf äusserliche Anwendung von Extr. Belladonae (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 15 nov. 1896*).

Femme de 64 ans; pour pratiquer l'examen ophtalmoscopique, Eichenberger instilla dans l'œil gauche, 3 gouttes d'une solution d'atropine à 1/2 0/0 à puis il lui fit faire des frictions sur le front, matin et soir, avec gros comme un pois d'une pommade composée de 15 grammes d'onguent gris et de 1 gramme d'extrait de belladone. Dès le surlendemain, la malade présentait tous les symptômes d'un empoisonnement par l'atropine. Guérison par injections répétées de morphine suivies d'excitants : injections d'éther camphré, café. Il ne manquait que 3 grammes de la pommade, c'est-à-dire qu'en 5 fois, dans l'espace de 2 jours et demi, la malade avait employé en frictions 19 centigrammes d'extrait de belladone, en ne tenant pas compte des 3 gouttes du collyre instillées une seule fois. J. B.

ARTAULT DE VEVEY. Neurasthénie grave à la suite d'une intoxication par une infusion de fleurs de cytise (*Soc. de biol., 23 janv. 1897*).

Sujet qui ayant été purgé avec des fleurs de Baguenaudier (qui sert à falsifier le Sené) avait pris en même temps des fleurs de Cytise. Empoisonnement, coliques atroces, diarrhée, anémie, crampes ; accélération du pouls. Suites, neurasthénie pendant plus de trois ans. Cet empoisonnement est fréquent dans les campagnes où l'on confond quelquefois le Cytise (acacia jaune) avec l'acacia blanc (Robinia) dont on fait des beignets. DASTRE.

L. GUINON. Sur un cas d'empoisonnement par la quinine (*Soc. méd. des hôp., 12 fév. 1897*).

Un homme de 55 ans avale en une fois 8 grammes de sulfate de quinine : trois heures après on le trouve inerte, les extrémités froides, le pouls imperceptible.

Des injections d'éther réveillent le pouls. Une heure plus tard, il a une face cadavérique ; les pupilles paraissent réagir à la lumière ; il est absolument sourd. 12 heures après, émission d'urines ; cécité absolue ; pupilles dilatées ; le surlendemain, la cécité diminue ; 2 mois après, la vue est encore un peu affaiblie. H. L.

Digitized by Google

Ch. CORNEVIN. Procédé de vaccination contre l'empoisonnement par le ricin (*C. R. Acad. des Sc.*, *12 avril 1897*).

Le chauffage de la ricine a 100° pendant deux heures la transforme en un vaccin qui, injecté sous la peau, immunise contre l'empoisonnement par le ricin. La susceptibilité des espèces animales domestiques vis-à-vis du ricin est fort inégale : les ruminants sont beaucoup plus sensibles que les porcs et les gallinacés. Or si deux vaccinations, à huit jours d'intervalle, confèrent l'immunité au porc, il en faut trois pour les autres espèces. Des sujets vaccinés ont été soumis pendant trois mois, sans interruption, à un régime comprenant des doses journalières de graines ou de tourteaux de ricin bien supérieures aux doses toxiques mortelles pour les non-immunisés, et cela sans aucun inconvénient. L'auteur poursuit, pour d'autres plantes, des recherches semblables; mais dès maintenant ces résultats méritent d'être signalés, tant au point de vue médical, qu'au point de vue de la physiologie générale et de l'économie rurale (introduction dans le régime alimentaire des animaux de plantes vénéneuses). M. DUVAL.

Hermann CONRADS. Zur Casuistik der Petroleumvergiftungen bei Kindern (*Berlin. klin. Woch.*, *2 nov. 1896*).

Enfant de 21 mois, ayant bu, une demi-heure auparavant, une quantité inconnue de pétrole américain. Immédiatement après, démarche titubante, regards fixes, puis vomissements et sopor.

L'enfant a l'intelligence troublée et paraît ivre. Respiration fréquente et bruyante aux deux temps, 65 inspirations par minute; 130 pulsations régulières. Température au-dessous de la normale (35°,5 dans le rectum). Lavage de l'estomac à l'eau tiède suivi d'une prompte amélioration du sensorium, mais la respiration reste fréquente et bruyante. A minuit, 37°,5; 120 pulsations.

Le lendemain matin, 38°,8. Respiration extrêmement accélérée (120 inspirations par minute) avec bruit considérable aux deux temps; 160 pulsations. Dans l'après-midi, l'enfant urine et va à la selle pour la première fois depuis l'accident. Le jour suivant : 38°,4, 138 pulsations, 88 respirations moins bruyantes. Bronchite généralisée. Dès lors, apyrexie et guérison.

Conrads donne à la suite de son observation le résumé des cinq autres cas d'empoisonnement d'enfants par le pétrole. A ceux d'Elliott et de Norderling déjà signalés par Johannessen (*R. S. M.*, XLVIII, 476) il en ajoute deux plus récents, l'un, dû à Hagenbach (XIII, *Jahresbericht des Kinderspitals in Basel über* 1895, p. 66), l'autre à C. Bevill (*Therap. Gaz.*, 16 septembre 1895). Les six petits malades avaient moins de 3 ans; cinq d'entre eux ont guéri. J. B.

G. PUPPE. Ueber Paraphenylendiamin-Vergiftung (*Viertelj. für gerichtl. Med.*, *3e série*, *XII*, *suppl.*, *p. 116*).

La paraphénylènediamine dont l'action physiologique a été étudiée par Dubois et Vignon (*C. R. Ac. sciences*, CVII, 1888, et *Arch. de physiol.*, 1888, n° 7) forme l'élément actif de teintures capillaires. Pour foncer les

Digitized by Google

cheveux, on commence par les imprégner de paraphénylènediamine, puis on les frotte avec du peroxyde d'hydrogène. Les expériences de Puppe ont été entreprises à l'occasion d'accidents déterminés par l'usage de ces liquides.

Les phénomènes d'intoxication peuvent survenir par l'emploi sur, dans, et, surtout, sous la peau de la substance. La dose toxique est d'un décigramme par kilogramme du poids de l'animal.

On peut distinguer deux formes d'empoisonnement. L'une s'accompagne d'exophtalmie, de chémosis, d'augmentation de la pression intra-oculaire, d'injection des veines conjonctivales, d'œdème des paupières et de la peau; l'autre, est caractérisée par des phénomènes généraux graves : convulsions, troubles digestifs et rénaux.

Le pronostic de la première forme peut être favorable et les phénomènes consécutifs peuvent être nuls; celui de la deuxième forme est toujours mauvais. A l'autopsie, à la suite de l'administration sous-cutanée du toxique, on constate la teinte brune du lieu de l'injection, la formation de thrombus dans les districts vasculaires du voisinage, le début d'une inflammation parenchymateuse du cœur, des reins et parfois du foie. Les thrombus offrent le spectre de l'hématine, tandis qu'ailleurs le sang offre toujours, durant la vie comme après la mort, le spectre de l'oxyhémoglobine. Le sang a une teinte rouge et se distingue par sa grande coagulabilité.

Il n'est pas encore possible de se prononcer d'une façon certaine sur le degré de toxicité de la paraphénylènediamine pour l'homme, d'autant plus que ses effets diffèrent suivant les espèces animales; les lapins y sont beaucoup moins sensibles que les chiens. J. BEX.

P. CZYGAN. Ein Fall von Bromoformvergiftung (*Deutsche med. Woch., p. 848, 24 déc. 1896*).

Un enfant de 2 ans 1/2 s'empare d'un flacon contenant 10 grammes de bromoforme et en absorbe une gorgée. Il était 11 heures 1/4. L'enfant venait de déjeuner, la quantité absorbée peut être évaluée de 5 à 7 grammes. Peu après, on trouve l'enfant sans connaissance ; les médecins arrivés immédiatement injectent de l'apomorphine, 1cg,5 en deux fois. Pas de résultat. Une heure se passe, l'enfant est toujours sans mouvement, il ne répond à aucune excitation, le visage est pâle, cyanotique, la peau est sèche, froide, les yeux, sous les paupières fermées, ont leur direction naturelle, les pupilles punctiformes, pas de réflexe cornéen. Respiration à peine perceptible, pouls régulier, petit à 108. On administre de l'éther en injections sous-cutanées, on plonge l'enfant dans un bain chaud avec un filet d'eau froide sur la région cardiaque, on donne en lavements de l'eau vinaigrée, de l'eau savonneuse, du vin rouge. On fait le massage du ventre et du cœur, le brossage de la plante des pieds; enfin on pratique la respiration artificielle en tenant la bouche ouverte et la langue tirée dehors; la respiration se rétablit mais aucune réaction du système nerveux ne semble indiquer un retour de vitalité. On injecte sous la peau, en 5 fois dans l'espace d'une demi-heure, 20 centigrammes de teinture de noix vomique; alors les réflexes reparaissent, l'enfant avale, il reconnaît les personnes et a une selle; le coma avait duré 5 heures. Guérison.

H. DE BRINON.

Digitized by Google

F. RAYMOND. Paralysies arsenicales et troubles sensitivo-moteurs consécutifs à l'empoisonnement arsenical (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, nov. et déc. 1896*).

a) Paralysies. — *Paralysies consécutives à un empoisonnement aigu.* — L'intoxication se trahit toujours par des désordres gastro-intestinaux (vomissements bilieux ou sanguinolents, évacuations diarrhéiques plus ou moins profuses, avec ou sans crampes, le tout pouvant simuler une attaque de choléra).

En même temps les malades ressentent une très grande faiblesse dans les jambes et des douleurs, des fourmillements, des picotements.

Après quoi, la faiblesse dégénère en paralysie. Celle-ci envahit les quatre membres presque simultanément, ou bien débute par les membres inférieurs ; plus tard, elle peut s'étendre au tronc, à des organes innervés par l'encéphale. D'ordinaire les extenseurs sont plus fortement touchés que les fléchisseurs.

La paralysie atteint son apogée en l'espace de quatre à cinq semaines. A cette période d'état, elle s'accompagne d'une abolition des réflexes tendineux, des signes de la réaction de dégénérescence, d'une atrophie diffuse, enfin de troubles de la sensibilité (céphalalgie, douleurs à la pression des muscles, picotements dans les extrémités, anesthésies circonscrites ou ultérieurement hyperesthésie).

La paralysie et l'atrophie qui l'accompagne sont curables ; dans les cas heureux, la paralysie commence à se dissiper cinq ou six semaines après ses débuts. Mais la paralysie peut laisser des résidus irrémédiables (rétractions tendineuses).

Elle s'accompagne assez souvent de troubles trophiques cutanés (éruptions suintantes, chute des cheveux et des poils, état luisant de la peau), de troubles vaso-moteurs (érythème vaso-paralytique), quelquefois aussi d'amnésie, de manifestations délirantes, beaucoup plus rarement de manifestations encéphaliques.

Paralysies consécutives à un empoisonnement subaigu. — Reconnaissent le plus souvent une origine médicamenteuse. Dans leur ensemble présentent une évolution semblable à celle de la paralysie consécutive un empoisonnement aigu. Toutefois, les manifestations de gastro-entérite du début sont moins violentes (elles ont été prises souvent pour une fièvre typhoïde), d'autre part, la paralysie peut ne pas se généraliser ; elle reste, parfois cantonnée dans les membres inférieurs et ne frappe que certains groupes de muscles (notamment les muscles de la région antéro-externe de la jambe) ; le malade a, dans ce cas, la démarche du steppeur. Traitée à temps, la paralysie guérit totalement sans laisser de résidus tels qu'atrophie musculaire ou rétractions tendineuses irrémédiables.

Paralysies consécutives à un empoisonnement chronique. — Sont d'origine alimentaire, médicamenteuse, criminelle, ou bien encore surviennent dans le cours de l'arsenicisme professionnel ou sous l'influence du séjour dans des locaux dont les murs sont recouverts de peintures ou de tapisseries arsénifères.

b) Ataxie arsenicale. — Quelquefois la paralysie, à ses débuts, s'accompagne d'un certain degré d'incoordination motrice. Celle-ci peut même prédominer sur la parésie et subsister jusqu'au bout. L'ataxie arse

Digitized by Google

nicale peut s'associer à d'autres manifestations telles qu'abolition du réflexe au genou, signe de Romberg, douleurs lancinantes, etc., et simuler le tabes, bien qu'en réalité l'acuité de l'évolution suffise déjà à écarter le diagnostic de tabes.

c) Tremblement. — Il s'agit d'un tremblement général, qui gagne jusqu'aux lèvres.

d) Épilepsie arsenicale et troubles intellectuels. — Des accidents convulsifs et même des attaques épileptiformes ont été signalés.

Il est exceptionnel, dans l'empoisonnement arsenical, que la mort soit le fait de la paralysie.

Les manifestations sensitivo-motrices de l'empoisonnement arsenical présentent de nombreux traits de ressemblance avec celles de l'empoisonnement alcoolique, mais les paralysies alcooliques surviennent rarement à la suite d'un empoisonnement aigu par l'alcool, elles ne sont pas précédées des accidents cholériformes propres à l'arsenicisme ; dans les cas de paralysie arsenicale les déformations se produisent surtout aux jointures des doigts et des orteils ; dans les cas de paralysie alcoolique, elles se passent surtout dans les jointures du poignet et du cou-de-pied.

G. LYON.

E. GÉRARD. Sur la possibilité d'une intoxication lente après ingestion de sous-nitrate de bismuth dans certains états pathologiques de l'estomac (*Soc. de biol.*, *10 avril 1897*).

Les sels de bismuth, quelle que soit la voie d'introduction, peuvent produire des accidents d'intoxication qui ont été étudiés par un grand nombre d'auteurs.

Normalement, lorsque le sel est ingéré dans l'estomac, il est inoffensif. Mais lorsque les fonctions gastriques sont troublées, il peut être dangereux. L'acide chlorhydrique précipite le bismuth à l'état d'oxychlorure; lorsque l'acide chlorhydrique fait défaut et se trouve remplacé par l'acide lactique, le sel de bismuth se dissout à l'état de lactate de bismuth et peut être très incomplètement précipité (à l'état d'oxychlorure par le chlorure de sodium de la sécrétion gastrique). DASTRE.

J.-B. CHARCOT et YVON. Sur une cause ignorée d'intoxication saturnine (*Arch. de neurol.*, *n° 17*, *p. 347*, *1897*).

L'examen d'un cas de paralysie saturnine chez une fleuriste a amené ces deux auteurs à reconnaître dans les papiers servant aux fleurs artificielles une certaine quantité de plomb sous forme de chromate de plomb ou de plomb métallique. C'est en mouillant ce papier avec les lèvres que la malade a fini par s'intoxiquer. P. S.

Erich HARNACK. Ueber Bleiresorption in Beziehung zur Galle und acute Bleivergiftung (L'intoxication aiguë par le plomb; sa résorption dans le canal digestif et l'influence de la bile sur cette résorption) (*Deutsche med. Woch.*, *1er janv. 1897*).

Annuschat et Lehmann se sont occupés récemment d'étudier la résorp-

Digitized by Google

tion des sels de plomb solubles introduits dans le tube digestif et la distribution dans les organes de ces sels résorbés.

Bien que tous deux aient employé pour base de leurs expériences le même sel, l'acétate de plomb, ils sont arrivés à des résultats diamétralement opposés en ce qui concerne la quantité de plomb introduite dans le foie. Annuschat trouve dans cet organe des doses énormes. Lehmann n'en constate que des traces. Pour ce dernier, la bile renferme toujours plus de plomb que le foie. Les expériences de Harnack ont eu pour but de contrôler ces résultats; il arrive aux conclusions suivantes :

Les quantités de plomb arrivant dans le foie après résorption par le tube digestif n'ont aucun rapport avec les quantités signalées par Annuschat en se plaçant dans des conditions identiques. Harnack trouve dans le foie d'un lapin qui a reçu 1 gramme d'acétate de plomb dans l'estomac, un milligramme de plomb au lieu de 70 milligrammes; cette différence ne tient pas à la méthode employée pour rechercher le plomb, car dans une autre expérience, on constate, en partageant en deux le foie et traitant une moitié par la méthode d'Annuschat, l'autre moitié par celle de Hernack, dans le 1er cas, 0,007 milligrammes, dans le 2e, 0,002mgr,8 ; la différence tiendrait plutôt à ce qu'Annuschat a établi chez ses animaux une fistule biliaire, car la présence de la bile dans l'intestin diminue le pouvoir résorbant de cet organe; même avec cette explication les quantités trouvées par Annuschat restent incompréhensibles ; il paraît impossible que deux heures après l'introduction du plomb dans l'estomac, on puisse en retrouver dans le foie la 8e partie.

Un autre fait ressort des expériences de Harnack : c'est la fréquence du pouls dans l'intoxication aiguë par le plomb; ce fait est en contradiction avec l'enseignement des auteurs allemands, mais d'accord avec les observations d'Orfila, Tardieu, Taylor. Le ralentissement du pouls est caractéristique de l'intoxication chronique mais non de l'intoxication aiguë. Dans ce cas, l'accélération du pouls est en rapport avec l'action irritante locale du poison sur la muqueuse digestive. H. DE BRINON.

G. PUPPE. Ueber Fettembolie bei Phosphervergiftung (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, supplém. p. 94*).

Les expériences de Puppe montrent que, dans les empoisonnements aigu et subaigu par le phosphore, on observe des embolies graisseuses, qui manquent en revanche dans l'intoxication suraiguë entraînant la mort dans les 24 heures.

Puppe a également constaté la présence d'embolies graisseuses dans les deux poumons d'une jeune fille d'une vingtaine d'années qui s'était empoisonnée avec une décoction d'allumettes phosphoriques et avait succombé après plusieurs jours de maladie. Ces embolies occupaient les deux ordres de vaisseaux capillaires, les pulmonaires proprement dits et les bronchiques. J. BEX.

Th. RITZIG. Ein Fall von Essigsäurevergiftung (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 21, p. 669, 1er nov. 1896*).

Homme de 30 ans, ayant avalé, en état d'ivresse, un demi-verre à vin d'a-

Digitized by Google

cide acétique concentré à 78 0/0. Immédiatement, vives douleurs dans la bouche et la gorge, puis coliques intenses, vomissements répétés de mucosités sanguinolentes et léger collapsus.

État 4 heures après l'accident : Agitation causée par les douleurs violentes à l'épigastre ; 36°,2, 92 pulsations, régulières, molles et peu amples. Peau un peu fraîche et se couvrant facilement de sueurs. Respiration superficielle, accélérée ; raucité considérable. Expuition incessante de salive mousseuse ayant l'odeur d'acide acétique. Pas trace de cautérisation sur les lèvres, ni au menton. La voûte, le voile du palais et les amygdales sont complètement revêtus d'un enduit blanc gris ; le pharynx est rempli de salive mousseuse. Glace intus et extra (sur l'estomac et autour du cou) ; eau de chaux ; injection morphinée. Urines troubles brun foncé à sédiment abondant ; elles contiennent 1/2 pour mille d'albumine ; le produit de la centrifugation de l'urine se compose, en majeure partie, d'une matière colorante, brune, finement granuleuse, qui est ou en suspension dans le liquide ou fixée sur des cylindres rénaux ; l'analyse spectrale de l'urine n'y révèle que de l'hémoglobine. Il y a diminution des chlorures, augmentation des phosphates et de l'ammoniaque. Le sang contient 100 0/0 d'hémoglobine et 4.800.000 hématies ; ni leucocytose, ni poikilocytose ; spectre de l'oxyhémoglobine. Le 3e jour, persistance des douleurs de gorge, des enduits palatins et de la sialorrhée ; cessation des vomissements et des douleurs épigastriques. Le 5e jour, cessation de l'albuminurie.

La littérature médicale ne renferme que 5 cas d'empoisonnement acétique. J. B.

KAREWSKI. Ueber einen Fall von Chlorzinkvergiftung nebst Bemerkungen zur Jejunostomie (*Berlin. klin. Woch., n° 50, 14 déc. 1896*).

Femme de 35 ans ayant avalé 50 grammes d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0. Immédiatement, violents vomissements et collapsus intense. Injection camphrée et lavage de l'estomac. Dès lors, envies incessantes de vomir, alors même que l'estomac était entièrement vide. Pas de dysphagie. A la fin de la première semaine, néphrite hémorragique et pleurésie accompagnées d'une forte fièvre. Alimentation rectale, l'estomac rejetant tous les aliments ; chaque lavement est suivi d'un météorisme considérable et d'une recrudescence des efforts de vomissements. Un jour la malade vomit du sang et un grand tronçon d'une membrane mortiflée. Déclin des forces et amaigrissement extrêmement rapides. Œsophage facilement perméable. Karewski se décida à faire une jéjunostomie, 5 semaines après l'empoisonnement.

Les envies de vomir ne diminuèrent cependant pas et semblèrent même redoubler après chaque introduction d'aliments. Néanmoins, l'état général s'améliora sensiblement, le pouls reprit de la force et devint moins fréquent, Le 3e jour, la malade eut une première garde-robe spontanée, où tout était digéré. Dès le jour suivant, elle avalait un peu de thé et avait une selle bien moulée et verte. Mais le 7e jour au soir il se produisit un collapsus, combattu victorieusement par des infusions salées et des injections camphrées ; il fut suivi de violentes quintes de toux, de crachats sanguinolents et de douleurs intolérables dans le côté droit du ventre. Dès le lendemain, on constata une pneumonie des deux lobes inférieurs. Le soir même, nouveau collapsus qui, après avoir duré toute la nuit, amène la mort le 9e jour au matin.

Autopsie : adhérences pleurales des deux poumons hépatisés dans leurs lobes inférieurs, surtout le gauche. Enduits fibrinopurulents sur les anses intestinales. Le petit bassin renferme 200 grammes d'un liquide trouble, vert brunâtre, mêlé de petits débris. Rate unie au lobe hépatique gauche et à l'es-

Digitized by Google

tomac par un tissu infiltré de pus. Au contact de la rate, tout à côté de l'œsophage, l'estomac présente une vaste perforation sur la petite courbure du grand cul-de-sac. L'estomac est réduit à une fente de 11 centimètres de long sur 4 de large de tissu cicatriciel ; la muqueuse n'est reconnaissable qu'en quelques îlots. L'infiltration purulente s'étend jusque dans l'enveloppe graisseuse du rein gauche. Pas trace de péritonite au voisinage de la fistule jéjunale. Œsophage normal. Karewski s'explique de la manière suivante la rupture si tardive de l'estomac. Les vomissements ont amené une pneumonie par aspiration de matières infectieuses et la perforation s'est produite dans les violentes quintes qui sont survenues le 7e jour après l'opération.

La jéjunostomie proposée par Surmay, en 1878, a été pratiquée pour la première fois par Golding Bird, en 1885 (*R. S. M.*, XXVIII, 280). J. B.

J.-F. HEYMANS. Ueber die Entgiftung von Malonitril (Guérison de l'empoisonnement par le nitrile malonique) (*Archiv f. Physiol.*, *p. 157*, *1897*).

Démonstration de l'action tant curative que préventive de l'hyposulfite de soude (5 c. c. d'une solution à 10 0/0) vis-à-vis de l'empoisonnement par le nitrile malonique (2 cc. d'une solution à 2 0/0 de [CAz — CH^2 — CAz], soit 4 milligrammes par kilogramme ou six à sept fois la dose toxique) sur trois lapins d'un kilogramme.

Le lapin témoin meurt. Les deux lapins empoisonnés survivent : l'un a reçu l'hyposulfite avant le nitrile malonique, l'autre a reçu l'hyposulfite alors que les symptômes de l'empoisonnement étaient déjà inquiétants.

LÉON FREDERICQ.

THÉRAPEUTIQUE.

F. CUNO. Zwei Jahre Diphtherieheilserumtherapie (*Deutsche med. Woch.*, *p. 831*, *24 déc. 1896*).

Du 1er octobre 1894 au 1er octobre 1896, 483 enfants ont été traités exclusivement par le sérum à l'hôpital de Francfort. Au point de vue de la gravité, ces cas comprennent 282 cas graves, 112 moyens, 89 bénins. La mortalité a été de 51, soit 10,5 0/0 ; si l'on retranche les enfants moribonds qui ont succombé dans les 20 premières heures et ceux qui, guéris de leur diphtérie, ont succombé à une autre maladie, la mortalité se réduit à 34, soit 7,3 0/0.

De 1889 à 1894, la mortalité a varié de 32, 6 0/0 à 43, 8 0/0 par an. Tous les cas graves étaient immédiatement injectés avec le sérum n° 3 de Behring. Lorsqu'après la guérison de la diphtérie pharyngée, il restait un écoulement nasal renfermant des bacilles, une nouvelle injection le faisait disparaître. L'etite moyenne a été rare. L'extension de la diph-

Digitized by Google

térie du pharynx à la région laryngée n'a pas été constatée une seule fois. L'action du sérum sur la diphtérie laryngée a été surtout frappante; sur 125 enfants avec signes de sténose laryngée, 71 ont vu leur sténose disparaître sous l'influence de l'injection. La trachéotomie a été nécessaire 54 fois et a donné 17 morts, 31,5 0/0; cette mortalité élevée est due à l'état désespéré dans lequel les enfants étaient apportés.

126 enfants ont présenté de l'albuminurie, ce phénomène ne paraît pas en rapport avec la gravité de la maladie. 4 cas de néphrite ont été notés. La faiblesse cardiaque a été constatée chez 76 enfants. Le nombre des paralysies paraît avoir diminué, on a enregistré 47 paralysies complètes de la gorge, 16 du palais, 4 des extrémités, 3 de la bouche.

Au point de vue des inconvénients du traitement, on a noté sur 640 injections : 8 abcès au niveau de la piqûre, 104 cas d'exanthèmes fébriles, 21 cas d'arthropathies qui tous ont été bénins.

Pour la culture d'épreuve, on a abandonné le réactif de Deyke qui donnait de mauvais résultats et employé le sérum de sang de veau qui, en 12 à 14 heures, donne des colonies suffisantes. Sur 363 cas, le bacille spécifique a été constaté 291 fois; de ces 291 enfants, 38, soit 13,5 0/0, sont morts, dont 5 le premier jour. H. DE BRINON.

HAMMER. Weitere Erfahrungen über die Behandlung mit dem Behring'schen Heilserum (*Deutsche med. Woch., p. 815, 17 déc. 1896*).

Sur 112 cas traités à la clinique d'Heidelberg, le bacille de Lœffler a été constaté 87 fois; dans 3 autres cas, la nature diphtérique de la maladie a été vérifiée à l'autopsie. Sur ces 90 cas, il y a eu 16 morts, soit 17,6 0/0; la mortalité totale a été de 17 sur 112, soit 15 0/0; avant le sérum, de 1889 à 1894, la mortalité variait par année de 41 à 60 0/0. La trachéotomie a été pratiquée 27 fois avec 13 morts, 48 0/0. Sur 15 cas ou le larynx était déjà atteint, 27 fois la sténose a disparu sous l'influence du traitement et, dans aucun cas, la diphtérie ne s'est étendue de la gorge au larynx après l'injection.

Sur les 90 cas de diphtérie confirmée, pas un seu n a revêtu les allures septicémiques; plusieurs enfants qu avaien cet aspect au moment de leur entrée, se sont rapidement améliorés après l'injection. La faiblesse du cœur ne s'est maintenue que chez les trachéotomisés. 4 fois seulement, le traitement sérothérapique a paru absolument inefficace, il s'agissait de cas désespérés au point de vue clinique.

L'apparition de la diphtérie sur la plaie de la trachéotomie était considérée comme une indication à renouveler l'injection. La dose de sérum a varié de 1000 à 5000 unités.

Les paralysies ne sont ni plus ni moins fréquentes, mais le sérum ne paraît avoir aucune action préventive. Il en est de même de l'albuminurie, quant aux éruptions et aux douleurs articulaires, elles n'ont présenté dans aucun cas un caractère sérieux. H. DE BRINON.

I. — GENSICHEN. Erfahrungen am eigenen Leibe mit Behring's Heilserum (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1102, 7 déc. 1896, et n° 2, p. 36, 1er janv. 1897*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid., n° 2, p. 37*)

Digitized by Google

III. — BONHOFF. Versuche über die Möglichkeit der Uebertragung des Rotzcontagiums mittels Diphtherie-Heilserum (*Ibid.*, *n° 5, 1er fév. 1897*).

I. — A la fin de novembre 1895, pour une diphtérie unilatérale du pharynx, Gensichen se fit, au côté gauche de l'abdomen, une injection du sérum de Behring. L'angine guérit vite, mais 8 jours après l'injection débutèrent une série d'accidents. Vaste urticaire, puis de volumineux abcès sous-cutanés pendant près d'un an.

II. — Virchow a été frappé de la ressemblance de ces abcès avec les farcineux. Il a examiné le pus et l'a inoculé à des cobayes. Le pus ne renfermait que des staphylocoques en cultures presque pures. Les inoculations ont été négatives.

Ewald ne voit là que le résultat d'une injection qui n'a pas été pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques.

III. — Le sérum sanguin de deux chevaux morveux, inoculé sous la peau et dans la cavité abdominale de cobayes ne les a pas rendus malades. L'adjonction de 0,5 0/0 d'acide phénique au sérum équin antidiphtéritique, ainsi qu'elle se pratique en Allemagne, altère, en 4 heures au plus, les bacilles morveux, à tel point qu'ils ne sont plus capables de se multiplier dans un milieu artificiel. Après un séjour de 24 heures dans le sérum équin antidiphtéritique additionné de 0,5 0/0 d'acide phénique, les bacilles morveux ont perdu le pouvoir de donner la morve aux cobayes auxquels on les inocule.

Bonhoff ajoute que les instituts allemands ne livrent le sérum curatif au public que 7 jours au moins après l'avoir additionné d'acide phénique, ce qui met à l'abri de tout danger à l'égard de la morve, ainsi qu'il résulte des expériences ci-dessus. J. B.

DOBCZYNSKI. Das Diphthericheilserum in der kleinstädtischen und Landpraxis (Le sérum diphtérique dans la pratique des petites villes et de la campagne) (*Deutsche med. Woch.*, *n° 6, 4 fév. 1897*).

D. a eu l'occasion de traiter par le sérum 13 cas de diphtérie ; un seul est mort : l'enfant était malade depuis plusieurs jours et présentait, au moment de l'injection les signes d'une infection septique grave. Il a immunisé 19 enfants qui étaient exposés à la contagion, un seul a eu une diphtérie légère. Dans tous les cas, le sérum s'est montré complètement inoffensif ; il n'y a pas eu d'arthropathie, un seul malade a eu un érythème débutant au niveau de l'injection.

L'influence du traitement sur l'état général a toujours été très marquée : la fièvre, l'état d'apathie ont fait place à une apyrexie avec bien-être, preuve indéniable de l'influence de l'antitoxine. L'action locale n'a pas été moins évidente, bien que tout traitement local fût systématiquement négligé. L'amélioration a presque toujours coïncidé avec une sudation plus ou moins abondante. L'examen bactériologique n'a pas été fait. D. le considère comme impraticable dans les conditions d'éloignement où il se trouve de tout centre important. H. DE BRINON.

Digitized by Google

BÉCLÈRE, CHAMBON et MÉNARD. De l'influence du chauffage des sérums sur la prophylaxie des accidents post-sérothérapeutiques (*Soc. méd. des hôp., 15 janv 1897*).

Les auteurs rappellent d'abord que l'injection, à de jeunes animaux de l'espèce bovine, de sérum de cheval, provoque des éruptions urticariennes et des arthropathies, tandis que l'injection de sérum d'âne ou d'autres animaux de leur espèce est inoffensive. Ils ont alors employé du sérum de cheval chauffé progressivement de 55 à 59 degrés; dans tous les cas l'injection sous-cutanée, pratiquée sur des génisses a amené, du 3e au 7e jour, l'apparition d'une éruption qui a été moins intense, il est vrai, que dans les cas de sérum non chauffé. H. L.

DURET. Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales (*Bull. de l'Acad. de méd., 30 juin 1896*).

L'emploi des injections salines à haute dose est un puissant moyen de combattre diverses infections. Ces injections agissent en relevant la pression intra-vasculaire et les forces du malade, en excitant la fonction phagocytaire et en facilitant l'élimination des toxines.

Le meilleur liquide à injecter est la solution de chlorure de sodium à 10 p. 1000. La voie intra-veineuse n'est indiquée que dans le cas d'extrême urgence. On peut injecter en plusieurs fois jusqu'à 2 et 3 litres par 24 heures; mais il ne faut guère dépasser ces chiffres. Dans la discussion, Lucas-Championnière, Pinard, Porak, Tarnier, disent avoir obtenu des injections sous-cutanées de solutions salines de très bons résultats dans le cas d'hémorragies graves, mais non dans le cas de septicémie chirurgicale ou puerpérale. LEFLAIVE.

I. — COMBE. Contribution à l'étude pharmacologique de l'organothérapie (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 8, août 1896*).

II. — Discussion de la Société vaudoise de médecine (*Ibid., n° 7, p. 362, juill. 1896*).

I. — Combe a essayé quelques-unes des préparations glandulaires de Knoll. Il n'a jamais observé les accidents d'intoxication qu'il a eus avec les préparations de Merck ou de Burrough. Knoll a découvert dans la moelle osseuse 2 substances actives différentes auxquelles il a donné les noms de médulladène et d'ossagène. La médulladène contient une proportion assez considérable d'albuminate de fer, 11,7 0/0 d'azote et 0,16 0/0 de fer, mais elle ne renferme ni graisse ni chaux et s'absorbe surtout dans l'intestin et peu dans l'estomac. Au contraire, l'ossagène se compose de chaux sous 3 formes salines : 10 0/0 d'oléate, 30 0/0 de stéarate et 60 0/0 de palmitate. Comme ce triple sel gras naturel de chaux est très coûteux, Knoll a préparé de l'ossagène artificielle ayant exactement la même composition et qui fond à 38°, température de l'estomac. Combe l'a employée dans le rachitisme avec un résultat satisfaisant jusqu'ici. Il a également prescrit l'héparadène, poudre d'un gris foncé, inodore et insapide, à titre de cholagogue dans un cas d'ictère intense avec décoloration des selles.

Digitized by Google

Relativement au corps thyroïde, Combe est d'avis qu'il doit renfermer au moins deux substances actives. L'une, la thyroantitoxine de Fraenkel et de Tambach, liquide sirupeux contenu dans l'extrait aqueux de la glande, après élimination des substances albuminoïdes, agit spécialement sur la tétanie, les convulsions, le myxœdème ; l'autre, la thyroiodine de Baumann, agit sur les échanges organiques, l'obésité et le goitre.

Combe se refuse à admettre avec Baumann que sa thyroiodine soit l'unique substance active, parce qu'il a guéri des myxœdémateux en les traitant exclusivement avec de l'extrait aqueux de thyroïde fraîche.

La thyradène de Knoll contient 0,72 d'iode par gramme. Knoll a également préparé la liénadène, l'ovaradène, la prostadène, la surrénadène, la ranadène et la pancréadène, selon les mêmes principes ; dans la pancréadène seule, le sucre de lait est remplacé par du carbonate de chaux.

II. — De Cérenville a employé la néphradène de Knoll dans un cas de néphrite chronique ; l'effet de cette médication sur la nutrition générale, l'embonpoint, la tonicité musculaire, a été indiscutable, mais les troubles rénaux n'ont nullement été modifiés. En revanche, il a traité avec succès par l'extrait thyroïdien deux cas de maladie bronzée. J. B.

MARCINOWSKI. Zur Organtherapie (*Berlin. klin. Woch., p. 991, 2 nov. 1896*).

Homme robuste, de 60 ans, atteint d'hypertrophie considérable de la prostate avec impossibilité absolue d'uriner spontanément. Devant le refus du malade d'accepter une opération, M. lui prescrivit une tablette d'extrait prostatique par jour. Dès le 7e jour de la médication, douleurs de tête et sensation vertigineuse ; le médicament supprimé, ces symptômes disparurent. Au bout d'une semaine, le malade ayant repris une tablette par jour, présenta dès le 2e jour les mêmes accidents que ci-dessus. M. lui ayant fait prendre néanmoins 2 tablettes par jour, le 3e jour, l'homme pouvait à peine se tenir sur ses jambes, oscillant comme un ataxique qui a les yeux bandés, se retenant à tous les meubles pour ne pas tomber, ayant le sentiment qu'il était tout à fait ivre et éprouvant des fourmillements dans les pieds. La suppression définitive des tablettes fut suivie dans les 48 heures de la cessation de tous les troubles. La médication n'eut d'ailleurs aucune efficacité sur l'émission des urines. J. B.

Félix BRUNET. Le suc pulmonaire (effets physiologiques et thérapeutiques) (*Thèse de Bordeaux, 1896, et Bulletin méd., 27 déc. 1896*).

Cette thèse, faite sous l'inspiration d'Arnozan, présente le plus grand intérêt. *A priori* le suc pulmonaire semblait devoir prendre place à côté des autres sucs organiques : le poumon, en effet, au point de vue embryologique, histologique et physiologique peut être regardé comme une glande chargée par sa sécrétion externe d'éliminer l'acide carbonique et diverses substances volatiles ingérées et par sa sécrétion interne de neutraliser probablement des produits toxiques de l'organisme ainsi que semblent le prouver les accidents qui se développent dans les cas de déchéance du tissu pulmonaire (doigts hippocratiques, ostéo-arthropathie hypertrophiante).

Digitized by Google

L'histoire elle-même semblait encourager les essais de l'auteur et dans un chapitre très documenté, Brunet nous montre que, depuis l'antiquité grecque, on a employé dans les affections pulmonaires, sous diverses formes (séché, en macération dans du vin, dans du vinaigre, en bouillon), le tissu pulmonaire et surtout le poumon d'animaux à la course rapide (cerf, renard).

L'auteur prépare, suivant la méthode de Brown-Séquard, un suc pulmonaire glycériné et un suc aqueux ; tous deux au 1/10 ; mais il n'utilise en clinique que le suc glycériné. Chimiquement, ces sucs sont remarquables par leur pauvreté en principes organiques et ne renferment rien de particulier ; ils sont notablement antiseptiques.

Le suc pulmonaire (toxique seulement à dose élevée : 1/22 du poids de l'animal)est, à doses modérées, très bien supporté et sous son influence les cobayes augmentent de poids, ils ne présentent, après l'injection, qu'une légère élévation de température qui ne se produit pas avec l'ingestion par voie stomacale avec laquelle on obtient, du reste, les mêmes effets favorables.

Passant aux effets du suc pulmonaire contre la tuberculose expérimentale, l'auteur démontre par une série d'expériences que l'animal traité meurt toujours après l'animal témoin, que les lésions sont moins accusées et la perte de poids moins considérable.

Chez l'homme sain, le suc pulmonaire ne produit aucun effet nuisible. Brunet s'en assure sur lui-même et ainsi armé, il aborde les effets thérapeutiques de cette substance dans les affections pleuro-pulmonaires et en particulier dans la bronchite chronique et la tuberculose.

De ses observations il résulte que l'injection sous-cutanée (5 c. c.) et l'ingestion par voie stomacale (10 c. c.) ont absolument les mêmes effets. Sous l'influence du suc pulmonaire l'expectoration se modifie notablement et dès les premiers jours, diminue de quantité et devient beaucoup plus fluide, aérée, non purulente. Chez les tuberculeux parfois un ou deux crachats rosés, sans gravité et c'est peut-être là une réaction caractéristique. La toux, l'oppression se modifient aussi favorablement. Enfin l'état général se relève et les malades augmentent de poids.

En somme l'emploi du suc pulmonaire « est à tenter dans toutes les affections pleuro-pulmonaires où les voies respiratoires et le tissu du poumon sont atteints dans des conditions qui restreignent leur vitalité ou les altèrent profondément ». DONNADIEU.

PERRY. The treatment of hemophilia with chlorid of calcium (*Journ. Amer. med. Ass.*, *27 mars 1897*).

Dans un cas d'hémorragie survenue chez un hémophilique, âgé de 20 ans, à la suite du débridement d'un abcès dentaire, P., alors que le patient était déjà sous le coup d'un collapsus prochain, a obtenu un brillant résultat de l'administration de chlorure de calcium à la dose de 1gr, 30 administré toutes les 4 heures. Sous l'influence de ce médicament, le sang qui n'y avait spontanément aucune tendance commençait à se coaguler, la formation de caillots solides arrêtant alors l'hémorragie. P. attire l'attention sur cet agent précieux dans les cas dramatiques d'hémo-

Digitized by Google

philie où les moyens vulgaires, perchlorure de fer et tamponnement, se sont si souvent montrés absolument inefficaces. CART.

C. DUMAS. Traitement des gangrènes broncho-pulmonaires par l'hyposulfite de soude (*Thèse de Paris, 1897*).

A la dose de 12 à 16 grammes administrés par la voie digestive et la voie rectale, l'hyposulfite de soude désinfecte et diminue les expectorations fétides (bronchite fétide, gangrène pulmonaire, sécrétion des cavernes tuberculeuses). Il semble favoriser la production des hémoptysies et doit être employé avec circonspection chez les phtisiques.

LEFLAIVE.

A. SCHIFF. Stoffvechsel durch Hypophysis und Thyreoidprœparat (Échanges nutritifs sous l'influence des préparations d'hypophyse et de corps thyroïde) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII; suppl., p. 284*).

Les préparations d'hypophyse n'ont exercé aucune influence chez un jeune sujet robuste et chez un myxœdémateux. Chez un acromégalique et chez un homme âgé elles ont déterminé des modifications nutritives qui ne peuvent s'expliquer que par la destruction d'un tissu riche en phosphore relativement pauvre en azote, probablement le tissu osseux. Ceci répondrait à l'accroissement anormal de ce tissu démontré par Marie en cas d'insuffisance fonctionnelle de l'hypophyse.

Les effets de préparations de corps thyroïdes ne sont pas parallèles et identiques à ceux de la thyroïodine. La thyroïodine exerça une action particulièrement énergique chez un acromégalique myxœdémateux à nutrition ralentie. A.-F. PLICQUE.

H. BOHM. Incision des Herzbeutels bei eitriger Pericarditis (*Deutsche med. Woch., p. 769, 27 déc. 1896*).

A la suite d'une pleuro-pneumonie d'origine grippale, un homme de 33 ans est atteint de péricardite purulente qui résiste à toutes les médications et menace l'existence. Après s'être assuré de la présence du pus par une ponction exploratrice, on ouvre largement le péricarde par une incision; plus d'un litre de pus est évacué et 3 mois après, le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. En dehors de cette observation, il a été publié 14 cas d'ouverture du péricarde pour collection suppurée, les 15 cas ont donné 8 guérisons et 7 morts. Le pronostic dépend surtout de l'origine de la maladie. Toutes les fois que la péricardite est primitive ou succède à une pleurésie du côté gauche il est bénin (1 mort sur 5 cas). Lorsque la péricardite n'est qu'un symptôme d'une affection générale : pyémie, septicémie, le pronostic est mauvais (1 guérison sur 5 cas). Quant à l'opération en elle-même elle est d'une extrême simplicité et le résultat est en général une résurrection éclatante. H. DE BRINON.

Digitized by Google

MITOUR. Traitement des accidents consécutifs aux grandes hémorragies, par les lavements salés (*Méd. moderne, p. 723, 25 nov. 1896*).

Les lavements salés semblent enrayer les accidents consécutifs aux hémorragies graves ; les lavements de lait salé, dont la composition est plus voisine de celle du sérum sanguin, sont préférables aux lavements d'eau salée simple. Les lavements de bouillon dégraissé sont mieux tolérés et semblent plus nutritifs. GEORGES THIBIERGE.

I. — KRÖNIG. Ueber Venaesectionen (*Berlin. klin. Woch., 19 oct. 1896*).

II. — Alb. ALBU. Ueber die Indication en des Aderlasses (*Ibid., 26 oct. 1896*).

I. — Kroenig pose ainsi les indications de la saignée : Dans la pneumonie, quand la cyanose est intense, l'œdème pulmonaire est menaçant. Dans les affections chroniques du cœur, du péricarde ou de la respiration s'accompagnant également de stase inquiétante dans la petite circulation, de dyspnée, de cyanose, etc. Il y a des cas où les médicaments cardiaques ne développent leurs effets qu'après une saignée qui a abaissé la tension veineuse et soulagé le ventricule droit distendu.

Dans l'hémorragie cérébrale chez les pléthoriques.

Dans les empoisonnements dus aux toxiques sanguins (vapeurs de charbon, aniline, nitrobenzine, hydrogène sulfuré, etc.)

Dans l'urémie; enfin dans la chlorose.

II. — Albu, qui a pratiqué une cinquantaine de saignées pour des maladies très diverses, a été amené à y recourir parce qu'il en avait observé les bons effets involontaires chez les individus auxquels il avait tiré une certaine quantité de sang destiné à des analyses chimiques. Il a pu noter ainsi les effets physiologiques des déplétions sanguines dans des conditions très favorables, c'est-à-dire sur des personnes à peine malades. Avec le sphygmomanomètre de Basch, il a reconnu qu'une soustraction de 200 grammes de sang est presque régulièrement suivie d'un abaissement de 5 à 15 millimètres de mercure dans la pression sanguine, abaissement qui ne persiste guère au delà de 4 heures au plus. La saignée entraîne encore une diminution de 10 à 25 0/0 dans la proportion d'hémoglobine, correspondant à une diminution du poids spécifique du sang de 1062 à 1050, qui ne dure également que quelques heures. Ce sont là toutes les modifications notées par Albu, qui n'a vu ni changement dans le nombre des hématies, ni leucocytose.

La saignée n'est ni une panacée (*R. S. M.*, XLVIII, 87), ni un remède spécifique. Elle est indiquée dans deux circonstances qui mettent la vie en danger dans un grand nombre d'affections : 1° élévation anormale de la pression sanguine avec tension vasculaire considérable et congestion de certains viscères; 2° accumulation des déchets de la nutrition dans le sang ou pénétration de substances étrangères dans l'appareil circulatoire.

Quant à la chlorose, il est impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante comment la saignée pourrait y être efficace; aussi Albu est-il d'avis de s'en abstenir. J. B.

Digitized by Google

DALCHÉ. Lavages du sang dans une infection à streptocoques (endocardite infectieuse) ; guérison (*Soc. méd. des hôp., 8 janv. 1897*).

Une femme de 27 ans est prise de malaises vagues puis de frissons ; on ouvre un petit abcès le 6 juin ; le 9, elle présente des plaques de lymphangite sur trois membres ; elle est dans un état typhoïde avec teinte subictérique ; urines albumineuses et biliaires ; foie et rate gros ; pouls petit ; souffles aux deux orifices.

Des injections intra-veineuses de 1 litre de sérum furent pratiquées 5 jours de suite ; après chaque injection la malade est prise d'un violent frisson, puis d'une sueur abondante, et la température matinale de 39,6 ou 40 monte jusqu'à 41,5 et même 42, pour retomber le soir à 38 ou même au-dessous ; la malade, quoique la fièvre vespérale oscillât le soir aux environs de 40, reprit peu à peu ses forces et partit guérie au bout de trois mois. H. L.

J. FERGUSON. Protonuclein in the treatment of anœmia (*Canadian med. Review, mars 1897*).

Un homme de 34 ans, malade depuis deux ans, avait maigri, perdu ses forces et tout appétit. En septembre 1895, les symptômes devinrent plus graves, l'insomnie était complète, les digestions mauvaises, et tout aliment, solide ou liquide déterminait de la douleur et des nausées ; on notait encore une céphalalgie continue, 100 pulsations à la minute, et des oscillations de température (37° à 38°,6), la face était d'une pâleur extrême, et on comptait 1,200,000 globules rouges par millimètre cube. L'urine était normale ; nul organe ne paraissait malade.

Le 7 janvier, le patient entre à l'hôpital dans un état d'épuisement extrême : la céphalalgie est intense, l'insomnie continue, le thermomètre indique tantôt de l'hypothermie, tantôt de l'hyperthermie : tout aliment est rejeté, l'idéation est confuse, parfois on note du délire tranquille.

Tout traitement, tenté durant deux semaines, échoua ; une terminaison fatale était imminente.

Toutes les trois heures on donna alors une tablette de protonucléine, tandis qu'on continuait les lavages de l'estomac, l'alimentation par du lait peptonisé, et du jus de bœuf, et dès le 3e jour, on constata un peu d'amélioration. La céphalalgie disparut au bout d'une semaine, puis bientôt le sommeil revint. Progressivement l'appétit reparut, et le patient put s'alimenter sans nausées ni vomissements, ni constipation ; la température restait normale et la pâleur avait disparu.

Quand la protonucléine fut prescrite pour la première fois, on comptait 1,000,000 de globules rouges par millimètre cube, actuellement on en compte 3,500,000, au bout de deux mois environ de traitement.

MAUBRAC.

M. BEYLOT. De la levure de bière dans le diabète sucré (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'auteur étudiant la puissance fermentaire de la levure *in vitro* démontre que HCl, au titre du suc gastrique normal, favorise la fermentation. Le bicarbonate de soude à titre alcalin voisin de celui du milieu

Digitized by Google

intestinal n'a pas d'action. La fermentation se fait en présence de suc gastrique provenant de fistules. La levure agit presque aussi bien sur les sucres produits par les diastases aux dépens des hydrocarbonés que sur la glucose industrielle.

Chez le chien, c'est en s'attaquant au sucre ainsi formé qu'elle fait baisser d'une façon notable la glycosurie alimentaire. Le saccharomyces s'accumule dans l'intestin et continue à agir quelques jours après son ingestion.

Les diabétiques, sous l'influence de la levure administrée à la dose de 1 à 3 cuillerées, augmentent de poids et reprennent des forces ; le sucre diminue en général ; mais la levure n'agit que sur le sucre apporté par l'alimentation ; elle ne peut pas agir sur celui que les malades fabriquent aux dépens de leurs tissus. La levure n'est pas un médicament du diabète, c'est un moyen détourné d'appliquer le régime de Bouchardat sans priver les diabétiques des principes utiles qui accompagnent les hydrocarbones dans les aliments proscrits. De plus, propriétés eupeptiques.

DONNADIEU.

R. LÉPINE. Traitement du coma diabétique (*Lyon méd.*, *11 avril 1897*).

L. a tenté chez deux malades atteints de coma diabétique les injections massives de solution alcaline. Chez le premier, jeune homme de 16 ans, l'injection a été faite sous la peau de l'abdomen (2 litres d'eau avec 7 gr. NaCl et 10 gr. bicarbonate de soude par litre). Le résultat a été peu marqué. Chez le second, l'injection a été intra-veineuse et on a vu, dès le endemain, la diminution de la quantité d'urine, du sucre, de l'urée.

A. C.

W. von SOBIERANSKI. Weitere Beiträge zur Nierenfunction und Wirkungsweise der Diuretica : Ueber die Veränderung der Nierenepithelien unter dem Einfluss verschiedener Diuretica (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *p. 926*, *12 oct. 1896*).

Poursuivant ses études sur le mode d'action des diurétiques (*R. S. M.*, XLIV, 101 ; XLVI, 83), Sobieranski, dans des expériences sur les lapins, a recherché les modifications subies par les tubes contournés et surtout par leur épithélium sous l'influence des divers ordres de diurétiques.

Les *sels* ont pour traits distinctifs de faire apparaître la bordure en brosse sur tout l'épithélium des tubes contournés et de dilater la lumière des canalicules urinifères. Von Sobieranski considère l'apparition de la bordure en brosse comme la conséquence du pouvoir déshydratant des sels. Parfois il a vu se produire aussi un réseau dans la lumière des tubes contournés. La diurèse due aux sels entraîne une augmentation des phénomènes d'osmose et de filtration dans le glomérule.

La *caféine*, qui ne soustrait pas d'eau à l'épithélium, n'y fait pas apparaître de bordure en brosse, mais elle lui fait perdre son pouvoir d'absorption.

Enfin, l'*urée* tient le milieu entre les sels et la caféine, ayant, à un degré moindre, les propriétés de ces deux catégories de substances. J. B.

Digitized by Google

C. BECKERT. Ueber die klinische Verwendbarkeit des reinen Harnstoffes als Diureticum (L'urée comme diurétique) (*Prag. med. Woch., 14 janv. 1897*).

L'urée est un diurétique efficace dans la cirrhose hépatique et dans l'ascite due à la tuberculose du péritoine. Dans les affections cardiaques les autres diurétiques sont plus actifs. Dans les maladies du parenchyme rénal l'urée est contre-indiquée. Son action s'exerce surtout sur l'épithélium du rein. Comme pour les autres diurétiques, il se produit une accoutumance.

La dose thérapeutique est de 10 grammes par jour, dans 200 grammes d'eau. LEFLAIVE.

S. BETTMANN. Harnstoff als Diureticum (*Berlin. klin. Woch., n° 49, 7 déc. 1896*).

Bettmann a administré de l'urée à 12 malades du service d'Erb : 3 étaient atteints d'ascite cirrhotique, 4 d'épanchement pleurétique séreux et 5 d'épanchements dans plusieurs cavités séreuses. Il l'a prescrite suivant le mode de Klemperer (*R. S. M.*, XLVIII, 494), mais n'en a jamais obtenu d'effets diurétiques bien marqués ; quand la diurèse ne faisait pas complétement défaut, elle était peu durable. D'autre part, la médication n'a jamais eu d'effets fâcheux. J. B.

ROTMAN. Ueber die chirurgische Behandlung..... (Le traitement chirurgical de l'anasarque (*Deutsche med. Woch., p. 771, 26 nov. 1896*).

Lorsqu'on a épuisé tous les moyens médicaux pour soulager un hydropique il reste, comme unique ressource, l'évacuation de la sérosité par les moyens chirurgicaux ; ces moyens sont : l'incision et les drainages par la méthode de Southey, cette dernière méthode est employée à la clinique de Greifswald, les résultats en sont excellents et les inconvénients qui avaient été signalés par les premiers expérimentateurs sont évités grâce à la technique suivie. Les trocarts employés mesurent 10 centimètres de longueur, $1^{mm},10$ de diamètre et sont percés sur les côtés de 6 petites fenêtres rondes de 3/4 de millimètre. On met un trocart à chaque jambe en choisissant un endroit où la peau est souple, on le fixe à l'aide de bandelettes de diachylon et de gaze aseptique ; le tube de caoutchouc plonge sous le lit dans un vase vide ; il a paru inutile d'y mettre un liquide antiseptique. Les deux trocarts sont laissés 24 heures ; on applique, après les avoir enlevés, un bandage absorbant et aseptique et on renouvelle l'application des drains en un autre point tous les deux jours tant que la chose est nécessaire. Grâce à une antisepsie soigneuse de la peau, des instruments et des mains de l'opérateur, on arrive presque sûrement à éviter l'érysipèle qui est la complication la plus redoutable. Les quantités de liquide évacué sont moins abondantes qu'avec les incisions, mais elles sont suffisantes (1 à 6 litres par jour) pour soulager rapidement le malade et, lorsqu'il ne s'agit pas d'un cas désespéré, surtout dans certaines néphrites, on voit, après quelques jours de drainage, les diurétiques, auparavant inefficaces, compléter l'amélioration.

H. DE BRINON.

Digitized by Google

Émile JULIA. Des applications externes de pilocarpine dans le traitement des néphrites et de leurs effets diurétiques en particulier (*Thèse de Lyon, 1897*).

Reprenant les travaux de Mollière, J. montre que les frictions de vaseline pilocarpinée suivies d'enveloppements ouatés produisent la polyurie et la diaphorèse. Dans les maladies aiguës ou chroniques des reins, les symptômes s'amendent 3 ou 4 jours après l'application du traitement et cèdent dans le courant de la deuxième ou troisième semaine : les œdèmes disparaissent, l'état subjectif s'améliore. L'innocuité du traitement est absolue ; il n'existe aucune contre-indication. Alors que la pilocarpine à l'intérieur augmente toutes les sécrétions, sauf la sécrétion urinaire qui est plutôt diminuée, son application externe se caractérise par la coexistence de la diaphorèse et de la diurèse et l'absence d'exagération des autres sécrétions. Physiologiquement, elle agit par contact, transmettant son action à distance par l'intermédiaire du système nerveux (action propulsive de Soulier). La pilocarpine ainsi employée n'est pas absorbée. H. FRENKEL.

CARRIÈRE. Érysipèle : injection de sérum antistreptococcique (*Journ. méd. Bordeaux, 21 fév. 1897*).

Tabétique atteint d'érysipèle de la face. Le deuxième jour, la température étant de 40°,2, on injecte 10 centimètres cubes de sérum. Chute de la température qui se relève le lendemain et reste entre 39°,8 et 40° jusqu'au septième jour où la défervescence se produisit. Cependant l'état général s'aggrave dans la suite en même temps qu'apparaissent des plaques érysipélatiformes à la jambe et à l'avant-bras gauches. Deux nouvelles injections sont pratiquées sans succès à deux jours d'intervalle. Mort. A l'autopsie on a trouvé une cellulite œdémateuse séro-purulente du membre inférieur gauche, sans abcès métastatiques. OZENNE.

RUMPF et WILCKENS. Die Behandlung des Typhus abdominalis mit abgetödteten Kulturen des Bacillus pyocyaneus (*Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten, IV*).

R. et W. ont traité par les cultures mortes de bacille pyocyanique (*R. S. M.*, XLIV, 133) 64 typhoïdiques. Les résultats de ce traitement ont été bons dans 52,46 0/0 des cas, douteux dans 21,30 0/0 et nuls dans 26,36 0/0. Cette médication ne prévient nullement les complications. Il y a eu 3 décès, 2 par entérorragie et le 3e à la fois par pneumonie et hémorragie intestinale. Mais chez 2 des malades, les complications préexistaient à l'application du traitement qui n'a d'autre effet accessoire fâcheux que d'amener des abcès sans gravité quand les doses injectées sont trop fortes. Le chiffre des rechutes a été considérable, 15 sur 64, soit 23,4 0/0; 2 malades ont eu une double rechute. J. B.

GRUET. Injections sous-cutanées d'eau salée contre les accidents urémiques de la fièvre typhoïde (*Journ. de méd. et de chir. prat., 10 janv. 1897*).

Un adulte a eu, dès le début de sa fièvre typhoïde, de l'oligurie et un

Digitized by Google

peu d'albuminurie ; l'affaiblissement est extrême, et au 45e jour de la maladie, le sujet a l'aspect d'un phtisique au dernier degré. Bientôt, survient l'anurie avec céphalalgie, subdélirium, dyspnée ; une injection de 800 grammes fait relever le pouls et amène l'émission de 2,400 gr. en 24 heures ; huit jours après le taux des urines a baissé à un demi litre, l'urémie revient ; on injecte à nouveau 800 grammes. Les urines remontent à 2 litres en 24 heures, et le malade entre en convalescence.

H. L.

R. PFEIFFER et W. KOLLE. Experimentelle Untersuchungen..... (De l'immunisation de l'homme contre la fièvre typhoïde (*Deutsche med. Woch., p. 735, 12 nov 1896*).

La question de l'immunisation contre le choléra paraissant résolue, P. et K. ont cherché, par de nouvelles expériences, à établir la possibilité de l'immunisation contre la fièvre typhoïde. Ils ont employé une culture typhique recueillie deux mois auparavant dans la rate ; la nature exacte de la culture est établie par la réaction sur le sérum des convalescents de fièvre typhoïde et des chèvres immunisées. La virulence est telle qu'un dixième d'anse (l'anse équivalant à 2 milligrammes de culture humide) suffit à tuer sûrement par injection péritonéale un cobaye de 300 grammes. Les sujets choisis pour l'expérience étaient des personnes en pleine santé ou n'ayant point de fièvre et indemnes de fièvre typhoïde. La substance injectée était une dilution dans le bouillon de culture sur agar. Cette dilution est stérilisée par un séjour de plusieurs heures dans l'étuve à 56° et l'absence de germes vivants est contrôlée par de nouvelles cultures. Le siège de l'injection est la région du dos et la dose de 1 centimètre cube. La réaction est assez vive et débute quelque heures après l'injection ; il y a du frisson, du vertige et de la douleur au niveau de la piqûre ; le thermomètre monte le soir à 38°,5, nuit agitée. La température revient à la normale dès le lendemain, pas d'infiltration, ni d'abcès. Le sérum du sujet est recueilli avant l'injection et 2 fois dans les jours suivants. Dès le 6e jour après l'injection, le sérum présente les propriétés bactéricides du sérum des convalescents ; il est donc probable que les sujets injectés se trouveraient immunisés comme le sont les sujets ayant eu la maladie et que cette immunisation aurait la même valeur au point de vue de l'intensité et de la durée. Il y aurait donc là un moyen prophylactique en cas d'épidémie.

H. DE BRINON.

H. RIGOT. Septicémie post-typhique guérie par le sérum antistreptococcique (*Loire méd., 15 fév. 1897*).

Homme de 40 ans. Fièvre typhoïde remontant à un mois. Symptômes de pneumonie infectieuse ; état général mauvais. Oscillations thermométriques de 2° entre le matin et le soir. Une première injection de 10 centimètres cubes fait descendre la température de 1°, qui est redevenue normale après une seconde injection, pratiquée deux jours après la première. Les lésions pulmonaires ont peu à peu rétrogradé, l'état général s'est rapidement amélioré et le malade a guéri.

OZENNE.

Digitized by Google

E. WEILL. Traitement du noma (*Méd. moderne, p. 209, 3 avril 1897*).

De trois cas de noma dans lesquels il est intervenu par l'incision, l'auteur conclut qu'il y a de grandes difficultés à apprécier l'étendue du foyer gangréneux, que l'incision seule des tissus intéressés ou menacés permet de se rendre un compte exact des désordres provoqués, que cette incision doit être faite d'emblée et, après vérification, suivie de l'excision des parties malades. Pour cette incision, le bistouri est préférable au cautère en lame parce qu'il modifie moins l'aspect des tissus; mais, sous cette réserve, ils sont acceptables l'un comme l'autre.

GEORGES THIBIERGE.

A.-A. KALININE. Sur le traitement des ataxiques par le procédé de Frenkel (*Revue de psychiat. et de neurol. russes, déc. 1896*).

Le procédé de Fr. permet jusqu'à un certain degré de diminuer l'état lamentable résultant de l'ataxie en améliorant la marche des tabétiques. Le sens de position, de mouvement et la sensibilité cutanée ne varient pas, mais le signe de Romberg devient moins accentué. La durée du traitement dépend du degré de l'ataxie et ne doit pas être inférieure à un mois. Les interruptions du traitement de 2 à 3 semaines de durée ne sont pas préjudiciables. Comme tout autre traitement, celui-ci réclame de la prudence, car les exercices exagèrent quelquefois les douleurs fulgurantes.

H. FRENKEL.

LEO. Ueber die therapeutische Anwendung von diastatischem Ferment (*Berlin, klin. Woch., p. 969, 26 oct. 1896*).

La diastase taka, qui a servi aux expériences thérapeutiques de Leo, est une préparation, déjà employée en Amérique, et provenant d'un aspergillus; elle se distingue de la ptyaline, en ce qu'elle conserve son pouvoir de ferment diastasique dans un milieu plus fortement acide; quand le degré d'acidité s'élève à 5 0/00, elle transforme encore 60 0/0 de fécule en maltose.

Leo l'a expérimentée aux doses quotidiennes de 1 à 3 décigrammes avec succès, dans un grand nombre de cas et la préconise quand la sécrétion salivaire fait défaut (premiers mois de la vie, fièvre, néphrite interstitielle, etc.) et quand il y a excès d'acidité du contenu gastrique.

J. B.

I. — A. GILBERT et P. CARNOT. Essais d'opothérapie hépatique (*Soc. de biol., 21 nov. 1896*).

II. — Les mêmes. Action des extraits hépatiques sur la glycosurie expérimentale et alimentaire (*Ibid., 19 et 20 déc. 1896*).

III. — Les mêmes Opothérapie hépatique dans les hémorragies (*Ibid., 8 mai 1897*).

V. — Les mêmes. l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré (*Semaine méd. 19 mai 1897*).

Digitized by Google

V. — JOUSSET. Sur l'opothérapie hépatique (*Art. méd., fév. 1896, et Soc. de biol. 28 nov. 1896*).

VI. — E. VIDAL. De l'hépatothérapie dans la cirrhose atrophique (*Soc. de biol. 28 nov. 1896*).

I à IV. — Depuis plusieurs mois, G... et C... poursuivent des expériences sur l'opothérapie hépatique dans les cirrhoses, les ictères, et dans les affections ayant un certain rapport avec les troubles hépatiques. Les améliorations obtenues par ce procédé thérapeutique sont difficiles à apprécier ; dans le diabète, le dosage précis du sucre permet une évaluation plus sûre. Les auteurs se servent de foie de porc frais ; 150 grammes sont écrasés et macérés dans 250 grammes d'eau à 38°, puis filtrés ; ce liquide est injecté par la voie rectale. On peut prendre le foie pulpé ou râpé, par l'estomac, dans un peu de bouillon. En traitant par cette méthode 12 cas de diabète il y a eu 3 fois une baisse initiale mais passagère de la glycosurie, sans amélioration persistante ; 5 fois amélioration partielle, mais persistante ; 4 fois cessation, du moins provisoire, de la glycosurie sans diminution des urines.

Des expériences de contrôle, glycémie par absorption stomacale ou injection intraveineuse de glucose, montrent que cette glycémie diminue sous l'influence de l'ingestion hépatique.

V. — J. relate 3 cas dans lesquels l'ingestion d'extrait hépatique a amené une diminution de sucre de 20 grammes chez l'un, 8 et 41 grammes chez les autres ; il y avait en même temps diminution des urines.

VI. — V. relate une observation de cirrhose atrophique bien améliorée par l'extrait de foie et signale l'abondance de la diurèse. A. C.

KORFF. Ueber Carcinombehandlung mit Streptococcus-Prodigiosuskulturen mit negativem Resultat (*Wiener med. Woch., 20 mars 1897*).

Femme de 42 ans opérée et réopérée pour un épithéliome du sein gauche. A la troisième récidive, la malade déclarait refuser toute nouvelle intervention sanglante, demandant à être soumise à un traitement par des inoculations dont elle avait entendu proclamer les bons effets. On institua donc le traitement de Coley, en se conformant strictement aux règles données par cet auteur pour la préparation et le dosage des cultures virulentes. Dix injections furent pratiquées dans l'espace de trois semaines. Les résultats généraux : fièvre, vomissements, etc., immédiatement consécutifs aux inoculations, aggravèrent l'état général de la malade. Localement, elles provoquèrent une gangrène rapide des tissus épithéliomateux. Ainsi donc, dans ce cas certain d'épithéliome, l'insuccès de la méthode de Coley fut absolu et complet.

CART.

I. — BERESKIN. Die Behandlung von Krebskranken mit Schöllkrautextrakt (*Centralbl. für Chir., 16 janv. 1897*).

II. — SELENSKI. Zur Behandlung des Krebses mit Chelidonium majus (*Ibid.*).

I. — B., chez 9 malades épithéliomateux traités par l'extrait de grande chélidoine, n'a obtenu aucun résultat curatif ; il dénie toute vertu à ce produit qui n'aurait même pas assez de puissance pour guérir une

Digitized by Google

verrue. Injecté sur la peau, l'extrait de grande chélidoine provoque de très vives douleurs ainsi qu'une réaction inflammatoire péri-régionale pouvant aller jusqu'à la nécrose. Il conclut que l'extrait de grande chélidoine peut marcher de pair avec la teinture de condurango.

II. — Dans un cas d'épithéliome de la conque de l'oreille, S., d'après Denissenko, a pratiqué des injections sous-cutanées d'extrait de grande chélidoine : la réaction fut si violente que S. eut grand peine à tirer son patient de la syncope. Discutant la valeur de cet agent, Serenin, Wassilewsky et Kalabin auraient obtenu quelques succès dans la pratique gynécologique, et Kusmin aurait vu guérir un ulcus rodens frontal avec insuccès complet dans 4 cas d'épithéliomes ; de même, Pomeranzew dans 2 cas. Kelber a traité 4 épithéliomes utérins avec deux améliorations ; il estime que si aucune action ne résulte sur les néoformations après 4 ou 5 injections, il y a lieu de les suspendre : elles sont inutiles. A ces divers auteurs, Denissenko répond que lui-même n'a pas eu de succès depuis un certain temps mais qu'il faut attribuer les échecs à la qualité défectueuse de l'extrait. Il a aussi modifié quelque peu sa méthode : abandonnant le tamponnement et le pinceautage des tumeurs, il donne l'extrait, faisant tous les 2 à 5 jours une ou deux injections de 0,50 centigrammes d'extrait aqueux de chélidoine bouilli pendant 5 ou 10 minutes dans un tube à essais. Les injections sont poussées hypodermiquement dans les environs de la tumeur et non dans la tumeur même, à cause de la réaction extrêmement violente qui en résulterait. Il dit avoir ainsi encapsulé des néoplasmes qui se laissent alors facilement enlever. Dans l'épithéliome de l'œsophage, il donne l'extrait en mixture, puis lorsque la stricture est trop serrée pour permettre au patient de l'avaler sous cette forme, il le donne en capsules de gélatine à deux parties d'extrait pour une partie d'eau.

Dans l'épithéliome utérin, l'extrait est injecté sous la peau de l'abdomen. Quoi qu'il en soit, D. croit à la spécificité de l'extrait de grande chélidoine dans le traitement de l'épitheliome. CART.

MANGOLD. Mittheilungen über das Bandwurmmaterial..... (*Corresp.-Blatt des Würtemb. aerztl., 1895, et Hyg. Rundsch., VI, p. 502*).

De 1885 à 1894, la clinique de Tubingue a traité 128 personnes atteintes de ténia, à savoir : 120 ayant le ténia saginata, 6 le ténia solium et 2 le bothriocéphale latus. Les 6 cas de ténia solium remontent aux premières années de la période décennale ; Mangold explique la disparition de ce ténia par la crainte de la trichinose qui fait renoncer à la consommation de la viande de porc crue et par les soins apportés à l'inspection sanitaire de cette viande. Comme anthelminthique, il s'est uniquement servi de l'extrait éthéré de fougère mâle qui s'est montré efficace 99 fois sur 128. J. B.

A. HERRGOTT. De l'emploi du camphre comme médicament antigalactogogue (*Revue méd. de l'Est, 1er fév. 1897*).

Le camphre à la dose de 0,60 centigrammes par jour en trois cachets

Digitized by Google

de 0,20 centigrammes, et cela pendant trois jours, diminue d'une façon remarquable la sécrétion lactée. LEFLAIVE.

RENDU et DU CASTEL. Sur un cas d'application des rayons Roentgen au traitement des phlegmasies aiguës de l'appareil thoracique (*Soc. méd. des hôp., 15 janv. 1897*).

Un homme de 20 ans est atteint le 16 mai de malaise, et le 19 on trouve les signes d'une pneumonie du sommet droit, à caractère adynamique, compliquée le cinquième jour de deux ulcérations de la bouche diphtéroïdes, d'aspect gangréneux, sans albuminurie ; dans la nuit du 25 au 26 mai, transpiration abondante et diminution de la fièvre. Le 28 mai, violents frissons répétés; les râles se diffusent à travers le poumon. Une culture faite après une ponction du poumon donne des staphylocoques en abondance, sans pneumocoques.

On trouve alors les signes d'une bronchopneumonie qui persistent jusqu'au 14 juin s'accompagnant de 2 maxima de température à 8 heures du matin et à 5 heures, que ne peuvent couper ni quinine, ni antipyrine, ni digitale; la température s'élève chaque fois à 40°; Potain crut à une pleurésie interlobaire; on fit plusieurs ponctions infructueuses. La fièvre intermittente dure jusqu'à la fin de juin, où le malade expectore quelques crachats purulents où l'on trouve du bacille de Koch ; diverses médications employées ont été toutes infructueuses, ne supprimant pas les accès fébriles. Cet état persiste jusqu'au 13 juillet, la fièvre s'élevant parfois jusqu'à 40°,8 avec infection croissante. Dans ces conditions désespérées on eut recours à l'application de rayons Rœntgen; elles furent quotidiennes durant 55 minutes; il y avait de 10 à 15 centimètres entre la poitrine et le foyer lumineux ; une épreuve radiographique montra que les rayons traversaient le parenchyme pulmonaire.

La première application eut lieu le 13; après la seconde il y eut un très fort accès de fièvre; après la troisième, les accès furent moins violents et pour la première fois depuis 5 semaines la nuit se passe sans fièvre; le 16, après la quatrième, la température ne dépasse pas 38°,5, le 17, 38; et en même temps que des sueurs abondantes, le malade a une très forte diurèse; l'appétit est bon; le 20 juillet, on voit se développer une éruption superficielle érythémateuse sur le thorax; le 22 juillet, on suspend les applications mais l'érythème augmente, et le 28 on voit de nombreuses bulles pemphigoïdes, analogues à celles d'une brûlure, qui furent suivies d'escarres dermiques assez profondes et assez douloureuses, et ne furent guéries que le 15 août.

A partir du 17 juillet, la fièvre était jugulée après avoir duré 67 jours, Le 1er octobre le malade avait repris 30 livres de son poids; mais on trouvait encore dans la fosse sous-épineuse de la submatité avec des râles muqueux. et sous la clavicule du tympanisme.

Du Castel ajoute que dans d'autres cas l'application des rayons Rœntgen a été négative. H. L.

Digitized by Google

HYGIÈNE.

Statistique médicale de l'armée française pendant l'année 1894 (*Paris, 1896*).

Les effectifs ont été en 1894 de 492,273 hommes présents.

Le nombre total des malades à la chambre a été de 579,732, soit 1,222 pour 1,000 présents ; le nombre des hommes entrés à l'infirmerie s'est élevé à 182,114, soit 384 pour 1,000.

Le nombre total des hommes entrés à l'hôpital s'est élevé à 113,939, soit 208 pour 1,000; ces entrées se répartissent ainsi : officiers, 57 0/00; sous-officiers, 135 0/00 ; soldats ayant plus d'un an de service, 206 0/00; soldats ayant moins d'un an de service, 297 0/00.

Le chiffre total des décès s'élève à 3,421, soit 6,26 0/00 (6,19 en 1893 et 6,24 en 1892).

Ces décès se répartissent ainsi : officiers, 5,48 0/00 ; sous-officiers, 3,95 0/00; soldats ayant plus d'un an de service, 5,38 0/00 ; soldats ayant moins d'un an de service, 7,93 0/00.

La fièvre typhoïde n'assume que le quart des décès (258 0/00), la tuberculose, 162 0/00, la pneumonie, 71 0/00, la grippe, 31 0/00, la diphtérie, 14 0/00 (au lieu de 20 0/00 en 1893 et de 17 0/00 en 1892).

En 1894, on compte 5,049 cas de fièvre typhoïde avec 884 décès, soit 17,5 0/0 des cas, correspondant à une mortalité effective de 1,65 0/00.

Ces cas de fièvre typhoïde se répartissent ainsi : armée à l'intérieur, 3,064 cas (6,42 0/00) avec 503 décès (1,05 0/00) ; armée d'Algérie, 1,622 cas (28,48 0/00) avec 324 décès (5,69 0/00); armée de Tunisie, 349 cas (28,78 0/00) avec 57 décès (4,52 0/00).

La mortalité de la fièvre typhoïde, par rapport aux atteintes, est des plus variables. Si elle est de 5,8 0/0 pour le VIIIe corps, de 5,9 0/0 pour le Ier corps, de 8,5 pour le Ve corps, nous la trouvons de 16,3 0/0 pour la brigade de Tunisie, de 16,7 pour le gouvernement de Lyon, de 16,7 pour la division d'Alger, de 17,89 pour le XVe corps, de 20 0/0 pour le gouvernement de Paris, de 25,8 0/0 pour le IIIe corps, de 26,9 0/0 pour la division de Constantine.

La grippe a déterminé 9,050 entrées à l'infirmerie et à l'hôpital avec 106 décès.

La variole et la varioloïde ont atteint 97 hommes (1,7 0/000) avec 7 décès.

On a compté 5,399 cas de rougeole avec 89 décès ; 3,093 cas de scarlatine avec 131 décès; 8,557 cas d'oreillons avec 1 décès : 1,656 érysipèles avec 13 décès; 449 cas de diphtérie avec 48 décès ;

La tuberculose sous toutes ses formes a causé 554 décès (1,01 0/00), et 3,578 réformes ou retraites, soit 6,55 0/00.

Les atteintes de l'impaludisme à l'intérieur diminuent d'année en année ; 937 cas ont été traités à l'infirmerie et à l'hôpital, plus de la moitié des

Digitized by Google

cas sont fournis par le XV° corps (Corse); en Algérie-Tunisie, on compte 4,907 malades dont 767 ayant présenté des récidives, avec 72 décès.

La dysenterie a donné 4,294 cas à l'intérieur avec 26 décès, et 2,114 en Algérie-Tunisie avec 61 décès.

Enfin on a traité 4,697 cas de syphilis et 3,751 cas de chancre mou et 13,901 blennorragies.

Le chiffre des suicides a été de 167.

Le nombre des militaires retraités et réformés pour maladies ou infirmités s'élève à 10,375 (19 0/00), dont 3,570 pour tuberculose, 1,201 pour maladies des yeux.

Il a été pratiqué 506,467 vaccinations et revaccinations.

195,647 réservistes ont fourni 1,571 malades à l'hôpital; 1,390 hommes ont été réformés; 42 ont succombé. MAUBRAC.

N.-S. KISELEW. Influence des mariages précoces sur la femme et sur ses enfants (*Messager d'hyg. publ., etc., fév. 1897*).

1° Les règles commencent, en moyenne, au Caucase, à l'âge de 14,25 ans. 2° Sans qu'il soit établi que le mariage précoce diminue la fertilité de la femme, il est certain que les premières couches, chez elle, ont lieu dans les délais plus espacés. 3° La question de la fréquence relative des fausses couches chez les femmes mariées avant et après l'âge de la maturité moyenne reste ouverte. 4° Les plus fertiles sont les femmes mariées à l'âge de maturité. 5° Le nombre des couches « normales » est à peu près égal, chez les femmes mariées avant et après l'âge de maturité. 6° Les femmes mariées trop tôt sont plus maladives dans les phases plus avancées de la vie. 7° Contrairement aux prévisions, les femmes non mûres donnent des enfants plus vivaces, en plus grand nombre. H. FRENKEL.

S. von UNTERBERGER. Haussanatorium. Einfache und billige Heilstätte für Schwindsüchtige (*Hyg. Rundsch., VI, n° 21, p. 1078, 1er nov. 1896*).

En considérant, d'un côté, que la cure de la phtisie dans les sanatoria soumis aux règles d'hygiène et de diététique donne d'excellents résultats, de l'autre, que ces établissements ne sont accessibles qu'à une très faible fraction des malades, Unterberger propose, à titre complémentaire d'installer des sanatoria chez soi, en d'autres termes d'appliquer les mêmes principes de traitement là où on ne dispose que de quelques salles, c'est-à-dire dans tous les hôpitaux et aussi dans les logements particuliers.

Imbu de ces idées, il a, dans l'hôpital de Tsarkoïe-Sélo, affecté, comme dortoir pour les phtisiques, une très vaste salle bien aérée dans laquelle il a fait placer 4 grands sapins. Cette salle est ventilée de la manière la plus large et est maintenue sans poussières.

Dans la journée, les malades sont couchés dans une autre salle et autant que possible dans d'autres lits. Von Unterb. veille aussi à la qualité de l'alimentation, aux soins de la peau, au séjour prolongé à l'air libre, même quand le froid est intense, et à la désinfection des crachats.

Il a réussi ainsi à obtenir un grand nombre de guérisons relatives.

J. B.

Digitized by Google

BANG. Die Anwendung des Tuberkulins in dem Kampfe gegen die Tuberkulose des Rindviehes (*Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol.*, *XXII*).

Aux frais du gouvernement danois, Bang a déjà soumis à l'épreuve de la tuberculine 53303 pièces de gros bétail sur lesquelles 38,7 0/0 ont présenté une réaction. La tuberculose bovine paraît surtout répandue dans le Jutland et le Seeland et le moins en Fionie et en Bornholm.

Dans les 107 exploitations comptant plus de 50 têtes de bétail, 59,8 0/0 des animaux ont réagi ; dans les 1283 moins importantes, seulement 32,2 0/0. — Dans 309 exploitations, aucun bovidé n'était tuberculeux.

Contrairement à Hess, B. ne peut incriminer l'injection de tuberculine d'avoir donné un coup de fouet à l'évolution d'une tuberculose ou de l'avoir aggravée.

Pour B., la contagion est la seule cause de la tuberculose bovine. En effet, tandis que parmi les veaux âgés de moins de 6 mois, il n'y en a que 15,5 0/0 qui réagissent à l'inoculation, la proportion s'en élève à 29,4 chez les bovidés d'un an à 40,5 chez ceux de 2 ans et à 49,3 0/0 chez les bœufs adultes. Pour B. l'infection intra-utérine n'est possible que si la mère a une tuberculose généralisée. J. B.

OTIS. Are especial hospitals or homes for consomptives a source of danger to their neighborhood? (*Boston med. and surg. Journ.*, *1er avril 1897*).

D'accord avec la plupart des investigateurs, O. répond négativement à cette question dont l'importance est considérable à une époque où la création d'hôpitaux spéciaux pour les phtisiques est discutée devant toutes les autorités civiles. La mesure hygiénique la plus importante pour empêcher la dissémination des bacilles tuberculeux est l'obligation absolue pour le tuberculeux de cracher dans un crachoir spécial. CART.

G. von LIEBIG. Die Bergkrankheit (*Deut. Viertelj. f. öff. Gesund.*, *XXVIII*, *p. 455*, *1896*).

Le mal de montagne reconnaît une triple cause : 1° la raréfaction de l'oxygène de l'air ; 2° la diminution de la pression atmosphérique ; 3° l'augmentation relative de la tension élastique du parenchyme pulmonaire, conséquence de la diminution de la pression atmosphérique. Cet accroissement de l'élasticité des poumons entraîne des modifications dans la façon de respirer et une ampliation moindre des poumons, laquelle à son tour influe sur la circulation et provoque une réplétion exagérée du système veineux.

Ce concours de conditions amène une impuissance momentanée du travail respiratoire à conduire au sang, en toutes circonstances, une suffisante quantité d'oxygène de l'atmosphère raréfiée.

Si l'on s'habitue graduellement à la diminution de pression atmosphérique et qu'on n'éprouve plus le mal des altitudes, c'est que, contraint par la nécessité, on apprend inconsciemment à déployer la force nécessaire pour accommoder les mouvements respiratoires aux nouvelles circonstances.

Digitized by Google

Entre autres mesures prophylactiques, von Liebig conseille l'entraînement progressif par des ascensions préalables à de moindres altitudes, sur lesquelles on fera un certain séjour afin de s'exercer à marcher convenablement et à adapter sa respiration à la pression amoindrie. Il préconise en outre une série de séances dans un cabinet d'air comprimé pour agrandir la capacité pulmonaire.

Pendant l'ascension, manger souvent et peu à la fois, du chocolat par exemple ; ne pas parler haut pendant la marche ; respirer la bouche fermée pour prévenir le desséchement douloureux de la gorge, etc.

J. BEX.

Arthur NEWSHOLME. De la diffusion de la fièvre typhoïde par l'ingestion de poisson pêché dans des eaux contaminées (*Brit. med. Journ.*, *p. 639*, *12 sept. 1896*).

Cette pathogénie de la fièvre typhoïde se base sur les faits suivants :

1° Cas dans lesquels une seule personne ayant mangé du poisson est atteinte de fièvre typhoïde ;

2° D'autres personnes ayant mangé des poissons, éprouvent des symptômes atténués de fièvre ;

3° Des défectuosités de drainage ont été reconnues dans les maisons où, après avoir mangé du poisson, les sujets sont devenus typhiques.

H. R.

ALPERS et MURRAY. Widal's serum test applied to the examination of water for typhoid germs (*Amer med. surg. Bull.*, *25 mars 1897*).

Quelques expériences ont été faites au laboratoire Merck de New-York dans le but de rechercher si la réaction agglutinante se produit dans l'eau infectée spontanément ou expérimentalement par le bacille typhique, mais le nombre en est jusqu'ici trop limité et les résultats n'en sont point encore assez nets pour permettre une conclusion, bien que A. et M. inclinent plutôt vers l'affirmative. CART.

I. — HUEPPE. Ueber die Wasserversorgung im alten Griechenland (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 1068*).

II. — KAUFMANN. Ueber die hygienische Bedeutung des sogenannten « grünen Nils » (*Ibid.*, *p. 1078*).

III. — E. VALLIN. Les eaux d'alimentation de la banlieue de Paris (*Revue d'hyg.*, *XIX*, *janv. 1897*).

IV. — LACOUR EYMARD et Max GAVIN. Les eaux de Versailles (*Ibid.*, *août et sept. 1896*).

I. — Intéressantes observations sur les applications anciennes de l'hydraulique en Grèce.

II. — Chaque année, à une époque fixe, les eaux du Nil deviennent vertes grâce à des algues microscopiques qui proviennent de surfaces d'eaux stagnantes situées beaucoup en amont du Caire et qui, au moment de la crue du fleuve occasionnée par les pluies, sont entraînées en grandes

Digitized by Google

masses dans ses eaux. Ces algues rendent momentanément l'eau presque imbuvable à cause de sa teneur en substances organiques facilement putrescibles ; aussi, dès longtemps, a-t-on éprouvé le besoin de faire subir à cette eau un traitement pour la rendre potable. Les indigènes frottent contre les parois d'un grand récipient en argile poreuse un morceau d'alun ou un fragment d'un bâton formé de noyaux de pêche pulvérisés et pressés, de manière à le réduire en poussière ; au bout d'une demi-heure, l'eau est clarifiée.

Quant à la filtration en grand, à travers les filtres à sable, elle se heurte aux plus grandes difficultés. En temps ordinaire, les filtres de la Compagnie des eaux du Caire peuvent fonctionnner de six à douze jours, tandis que, pendant que le Nil est vert, ils sont fréquemment mis hors de service au bout de douze ou vingt-quatre heures déjà, parce que les algues encrassent leur surface.

Kaufmann a essayé de nombreux procédés pour rendre l'eau filtrable. L'alun, la poudre de fer, le permanganate, n'ont pas donné de résultats satisfaisants pour la pratique. Et cependant il est indispensable de remédier à cet état de choses, car la Compagnie des eaux, pour avoir une quantité suffisante d'eau filtrée en est réduite à racler les filtres encrassés. La conséquence de cette opération est qu'un certain jour l'eau filtrée renfermait 90,000 germes par centimètre cube, alors que le Nil n'en contenait que 10,000.

III. — Jusqu'en ces derniers temps, la population de la banlieue parisienne buvait une eau détestable. Le service de distribution est entre les mains de deux Compagnies :

1° La Compagnie générale des eaux qui dessert 59 communes et a des prises d'eau en rivières (Marne et Seine), à la fois en aval et en amont de Paris. L'eau d'aval n'est plus livrée que pour les usages publics ou industriels. L'eau d'amont subit d'abord une épuration par le système Anderson dans trois usines situées à Nogent-sur-Marne, Neuilly-sur-Marne et à Choisy-le-Roi.

Cette épuration n'augmente que de 1 centime le prix du mètre cube d'eau. Vallin signale comme un point défectueux du procédé que tous les bassins étant découverts et exposés au soleil et aux poussières, l'eau s'y échauffe pendant l'été. L'eau qui a subi l'épuration par le système Anderson offre une diminution de 20-30 0/0 dans la teneur en matières organiques et une diminution corrélative du chiffre des germes ;

2° La Compagnie des eaux de la banlieue, qui dessert seulement la région N-O. Elle fournit de l'eau de Seine, prise à Suresnes, c'est-à-dire en aval de Paris.

On trouvera, dans l'article de Vallin, une carte de la banlieue de Paris, avec indication de l'origine de l'eau distribuée dans chaque localité.

IV. — Depuis sa création, sous Louis XIV, Versailles est alimentée par 3 sortes d'eaux :

1° les eaux blanches d'étangs ; 2° l'eau de Seine ; 3° les eaux de sources dites de Colbert.

1° *Eaux blanches.* Les eaux pluviales de deux plateaux compris le premier entre Rambouillet et Saint-Cyr, le second entre la Bièvre et l'Yvette et formant ensemble une surface de 15,000 hectares, sont recueillies dans 23 étangs et retenues. Le volume d'eau emmagasiné s'élève

Digitized by Google

à huit millions de mètres cubes ; mais on en manque quand l'été est sec.

2° *Seine.* Depuis 1741 jusqu'à la fin de septembre 1893, le fleuve fournissait à la consommation versaillaise 14,000 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures. La machine de Marly élevait cette eau qui n'est plus utilisée que comme moteur depuis que l'eau de Seine a été remplacée par celle de la nappe souterraine de Marly et de la presqu'île de Croissy. Les eaux d'étangs et celles de Marly arrivent dans 8 réservoirs qui leur sont communs. 3 de ces réservoirs sont affectés aux besoins des parcs du palais. Le mélange des eaux blanches, qui n'ont que 6 à 7 degrés hydrotimétriques avec les eaux de Marly, très calcaires (34°-56°) a pour résultat d'abaisser le degré hydrotimétrique de ces dernières.

3° *Sources de Colbert*, situées au N-O de la ville. Ce sont les premières en date, mais leur débit a beaucoup diminué ; elles ne sont pas délivrées aux abonnés de la distribution et alimentent uniquement 7 des 8 fontaines publiques. La fontaine de la rue Beauvau est alimentée par une autre source, celle des Fonds Maréchaux, dont la qualité est irréprochable.

Quant à la fontaine du camp de Satory, son eau vient de l'usine de Choisy-le-Roi, c'est donc de l'eau de Seine, prise en amont de Paris.

Les auteurs concluent que toutes les eaux qui concourent à l'alimentation de Versailles sont potables et de bonne qualité, ainsi que le montrent les analyses. Le seul côté défectueux des eaux blanches est la nécessité de les filtrer, parce qu'à certaines époques de l'année elles sont troubles et renferment des matières en suspension, tandis que les eaux de Marly et Croissy sont en tout temps limpides. On pourrait encore améliorer le service en utilisant les sources de la pièce des Suisses et en mettant en fonction de nouveaux réservoirs. J. BEX.

I. — **L. MUTSCHLER. Das Aarewasser bei Bern** (*Hyg. Rundsch.*, *VII*, *p. 318*).

II. — **E. CAPPELLETTI et M. VIVALDI. Ricerche chimico-batterioscopiche in rapporto con Padova.....** (*Ann. d'Ig. sperim. 1895*).

III. — **G. ALESSI. Sullo stato igienico delle acque della spiaggia di Palermo** (*Boll. d. Soc. d'ig. di Palermo*, *III*, *n° 1*).

I. — L'Aar, qui arrive pure à Berne, y reçoit, sur une étendue de 3 kilomètres 1/2, les vingt débouchés des égouts d'une population de quarante mille habitants. Mais le débit de la rivière est tel que presque immédiatement au-dessous de l'abouchement des égouts, il s'opère entre leur contenu et l'eau de l'Aar un mélange intime, de sorte que, même en basses eaux de la rivière, les eaux d'égout sont encore diluées au trois-centième. Mutschler ayant procédé à l'analyse chimique et à l'examen bactériologique de nombreux échantillons prélevés dans l'Aar, soit en amont, soit en aval de Berne est arrivé aux résultats suivants :

L'Aar n'est altérée que d'une façon insignifiante par les égouts de Berne; cette altération se laisse reconnaître à l'augmentation de l'ammoniaque. Mais la teneur en ammoniaque, la perte au rouge, et la consommation d'oxygène du permanganate sont aussi considérables, en hiver, dans l'Aar en amont de Berne, qu'en aval, le reste de l'année; le chiffre des microbes est de 5,000 au-dessous, contre 500 au-dessus. Quand le soleil brille, les micro-organismes des égouts sont détruits en 5 heures

Digitized by Google

après un trajet de 20 kilomètres. La sédimentation joue un rôle nul ou minime. En hiver, l'épuration est plus lente qu'en été. La destruction de la matière organique est due, en première et presque unique ligne, aux algues; mais elle n'est pas encore achevée après un parcours de 40 kilomètres.

II. — Padoue est traversée par plusieurs bras du Bacchiglione qui reçoivent, à l'état brut, les eaux d'égout et les matières de vidanges; mais la souillure du cours d'eau est peu considérable. Il résulte en effet d'expériences entreprises de novembre 1893 à février 1895, que le Bacchiglione, depuis sa sortie de la ville jusqu'à son embouchure dans la Brenta éprouve une auto-dépuration chimique incomplète, une auto-dépuration microbienne énorme.

III. — Dans ce mémoire contenant de nombreux tableaux et une carte, Alessi expose les recherches chimiques et bactériologiques auxquelles il s'est livré sur l'eau de mer du golfe de Palerme. En effet, tout le long de la côte, la capitale de la Sicile déverse ses eaux d'égout dans la mer par 88 débouchés, au milieu desquels, pendant l'été, s'installent de nombreux établissements balnéaires. Alessi a constaté que les germes sont le plus abondants d'abord à la superficie de l'eau, ensuite au voisinage de son fond. Il n'a trouvé d'ailleurs que des microbes saprophytes, à l'exception du bacille colique qu'il a rencontré dans la partie la plus infecte du port. J. BEX.

I. — FRIEDEL. Ueber die Ursache der Verunreinigung des Berliner Leitungswasser im November 1895 (*Hyg. Rundsch., VI, p. 1096*).

II. — Max NEISSER. Ueber die hygienische Bedeutung des Protozoenbefundes im Wasser (*Zeitschr. f. Hyg., XXII*).

III. — PLAGGE. Untersuchungen über Wasserfilter (*Hyg. Rundsch., VI, p. 829*).

IV. — J. SCHŒFER. Ueber die Sandplattenfilter, System F. Fischer..... (*Ibid., p. 1158*).

I. — Vers le milieu de novembre 1895, l'eau du lac de Tegel, distribuée dans les quartiers du Nord, du Nord-Ouest et de l'Ouest de Berlin était complètement trouble et avait une saveur putride. Bischoff chargé de l'expertise chimique crut pouvoir attribuer ces altérations à l'aspiration par les machines hydrauliques de résidus goudronneux provenant de bateaux, tandis que Piefke, l'ingénieur du service des eaux, montra que la riche teneur de cette eau en ammoniaque devait tenir à ce que l'eau s'était trouvée en contact un certain temps avec des composés azotés organiques qu'on ne rencontre guère réunis dans les algues, mais bien dans les cadavres de petits poissons, de mollusques etc. En effet, cette altération, survenue brusquement et vite disparue, avait été causée par la mort en masse d'un petit mollusque aquatique conchyfère, la dreyssena. Ce mollusque habite, seulement depuis 1850, les lacs de Tegel et de Müggel. Ordinairement il recherche les lieux accessibles à la lumière, mais il peut aussi continuer à vivre dans l'obscurité. Les adultes se fixent; les jeunes ont une période de grande mobilité durant laquelle ils sont en quête de leur futur hôte. Ces jeunes peuvent franchir les grillages qui

Digitized by Google

protègent le tuyau d'aspiration des machines hydrauliques contre l'entrée des corps volumineux. C'est ce qui était arrivé à l'usine du lac de Tegel où ils avaient profité du chômage d'une des machines.

Friedel visitant en 1894 l'établissement de pisciculture du lac de Müggel y vit un cône de coquillages de 1 mètre de hauteur sur 1 mètre de diamètre à sa base, formé de dreyssenas, les unes vivantes, les autres mortes qu'on avait extraites des tuyaux d'aspiration de l'usine hydraulique.

II. — La présence de protozoaires dans une eau ne peut pas davantage servir à en apprécier la salubrité que sa teneur en matière organique. Il n'est pas plus exact de croire que le nombre et la variété des protozoaires croissent et décroissent dans une eau avec la proportion de la matière organique qui leur sert de nourriture. En effet, dans ses recherches sur les puits de Breslau, Neisser a trouvé des protozoaires dans des eaux chimiquement pures ; des eaux très pauvres en matière organique et renfermant des protozoaires en grand nombre et d'espèces les plus variées et, inversement, des eaux surchargées de matières organiques ne contenant que des protozoaires clairsemés ; de plus la composition chimique d'une eau restant la même, à diverses époques on y note des quantités et des sortes très différentes de protozoaires.

Quelle est l'origine de ces protozoaires des eaux ? L'intestin humain en présente très peu ; il est rare qu'on y rencontre des amibes ou des flagellifères et tout à fait exceptionnel qu'on y trouve des ciliés. Il en est de même dans les fosses d'aisance et dans les fumiers de cheval et de vache. En revanche, les protozoaires sont très nombreux dans beaucoup de graminées d'herbes, de racines et d'insectes.

III. — D'expériences qu'il a poursuivies de 1884 à 1886 à l'office sanitaire allemand et pendant les 4 dernières années au laboratoire de chimie et d'hygiène de l'Ecole de santé militaire de Berlin, Plagge conclut que les qualités exigibles d'un filtre d'eau potable sont qu'il fournisse de l'eau privée de germes, tant qu'il n'a pas besoin d'être renouvelé ou nettoyé, qu'il soit facilement stérilisable dans toutes ses parties, que son débit soit abondant, son maniement aisé et n'exigeant pas de connaissances spéciales, enfin qu'il soit le moins coûteux possible. Pour les besoins de l'armée, il faut en outre qu'il soit facile à transporter, autrement dit d'un poids peu considérable et qu'il tienne le moins de place possible.

Les filtres à charbon, à fer spongieux, en papier ou en cellulose sont incapables de retenir les germes. Les filtres en amiante, particulièrement ceux d'Arnold et Schirmer et de Sellenscheidt sont déjà très supérieurs. Les filtres en porcelaine, tels que celui de poche de Maillié et le Chamberland à nettoyeur mécanique d'André ont un trop faible débit. Seuls, les cylindres en terre d'infusoires du système Nordtmeyer répondent à tous les besoins de la vie en même temps qu'ils satisfont aux exigences de la science.

IV. — Schœfer a étudié, sur les lieux, les filtres en carreaux de sable que Fischer a installés à Worms et à Westerhüsen près Magdebourg, ainsi que ceux que la ville de Berlin fait construire sur le lac de Müggel.

Il conclut que, quant à leur pouvoir épurateur, ces filtres peuvent être mis en parallèle avec les filtres au sable ; leur fonctionnement est uniforme et à peine influencé par les changements de pression de l'eau en charge ; leur nettoyage n'est pas suivi d'une augmentation sensible du

Digitized by Google

chiffre des microbes; l'installation en est simple, l'exploitation très aisée et il est facile d'en découvrir les parties défectueuses ; mais leur avantage hygiénique le plus grand est la possibilité de stériliser tout l'appareil à l'aide d'un courant de vapeur, circonstance précieuse en temps d'épidémie. J. BEX.

Arthur DRÄER. Die Bakterien..... speciell des Selterswassers und Einfluss der Kohlensaüre auf dieselben, sowie auf Choleravibrionen (*Cent. f. allg. Gesund., XIV, et Hyg. Rundch., VI, p. 553*).

Les recherches de Sohnke, Pfuhl, Hochstetter, Dräer lui-même ont montré que l'eau de seltz, même préparée avec de l'eau distillée, contient de 10 à 75,000 germes par centimètre cube. Ceux qu'on y rencontre le plus souvent sont, il est vrai, inoffensifs : différentes variétés du bacille fluorescent, bacille jaune des eaux, levures, oïdiums et staphylocoques. Mais l'eau non stérilisée qui a servi à rincer les flacons avant leur remplissage peut y introduire des germes pathogènes ; de même la filtration à travers un lit de gravier ou de charbon qu'on fait subir à l'eau stérilisée pour lui enlever son goût d'alambic, avant de la charger d'acide carbonique.

Cela a donné l'idée à Dräer de rechercher si l'acide carbonique exerce quelque action sur ces germes. Il a trouvé que à la longue, le pouvoir germicide de CO^2 est suffisant pour tuer les germes non pathogènes, surtout quand l'eau de seltz est tenue dans une pièce éclairée, moins quand on la conserve dans une glacière. L'action microbicide est encore plus nette sur les bacilles cholériques, qui sont toujours tués avant la fin du deuxième jour. J. BEX.

I. — Police du lait à Osnabrück (*Hyg. Rundsch., VI, p. 1188*).

II. — Présence de bacilles pathogènes dans le lait (*Travaux Conseil salubr. de la Seine, II, p. 482*).

III. — P. SOLOMIN. Ueber den Nachweis von Soda in der Milch (*Hyg. Rundsch., VI, p. 445*).

IV. — M.-G. DENIGÈS. Nouvelle adultération du lait (*Revue internat. des falsif., IX*).

I. — A Osnabrück, fonctionne, depuis le 1er avril 1894, un service d'inspection du lait. Chaque mois, 10 échantillons prélevés inopinément sont transmis au Laboratoire municipal. Les résultats des analyses avec les noms des commerçants sont publiés dans les Bulletins mensuels du Laboratoire. Les heureux effets de ces mesures n'ont pas tardé : de mois en mois, on voit augmenter la teneur du lait en beurre et en substance sèche.

II. — Au laboratoire de bactériologie annexé au Laboratoire municipal, on a constaté dans le lait la présence du bacille tuberculeux et du bacille colique. Voici comment on procède : les experts inspecteurs font traire sous leurs yeux 300 centimètres cubes de lait de chacune des vaches de l'étable. Ces échantillons recueillis séparément et cachetés sont placés dans une glacière pendant douze heures pour permettre aux grosses impuretés de se réunir au fond des éprouvettes. Ensuite on les décante,

Digitized by Google

puis on les turbine afin d'amener la plus grande partie des microbes à se rassembler à la partie inférieure des tubes. Le résidu est alors injecté dans le péritoine de cobayes. Sur 30 échantillons, 6 contenaient des bacilles tuberculeux.

III.—Pour déceler l'addition de soude ou de borax au lait, Tscherbakoff a indiqué une méthode dont Solomin a eu l'occasion de constater la supériorité sur les méthodes usitées qui sont trop longues ou peu précises.

Quand on ajoute à 10 centimètres cubes d'un lait normal un volume égal d'alcool à 95 0/0, il se produit presque instantanément une coagulation en gros flocons. Lorsque le lait est additionné de soude ou de borax, cette coagulation ne se produit pas.

D'après les expériences de Solomin, l'adjonction de six centièmes pour cent de carbonate sodique suffit pour que la coagulation ne se fasse pas au bout de cinq minutes; après ce temps, elle ne s'effectue qu'en petits flocons. Dans du lait qui avait été gardé deux jours, S. a décelé 2 dixièmes 0/0 de soude, malgré la neutralisation due à l'acide lactique formé aux dépens d'une partie de l'alcali ajouté.

Pour le borax, l'épreuve, un peu moins sensible, suffit pourtant à en révéler la présence quand elle atteint 1 dixième 0/0.

IV. — Dans le but de conserver le lait, on se sert fréquemment de chromate ou de bichromate de potasse. Denigès a trouvé jusqu'à 3 décigrammes de ce dernier dans un litre de lait.

Afin de reconnaître rapidement la teneur d'un lait en agent conservateur, D. agite 1 centimètre cube du lait avec 1 centimètre cube d'une liqueur de nitrite d'argent à 1/2 ou 2 0/0. Suivant les proportions de chromate, le liquide prend une teinte variant du jaunâtre au roux foncé. Si le lait présente un commencement de fermentation acide, on peut rendre la réaction plus nette, par l'addition de carbonate de chaux ou d'acétate de soude impurs. J. BEX.

I. — **C. GUENTHER et H. THIERFELDER. Bakteriologische und chemische Untersuchung über die spontane Milchgerinnung** (*Arch. f. Hyg., XXV, et Hyg. Rundsch., VI, p. 506*).

II. — **A. LUEBBERT. Ueber die Natur der Giftwirkung peptonisirender Bakterien der Milch** (*Zeit. f. Hyg., et Hyg. Rundsch., VI, p. 851*).

I. — G. et T. ont recherché si la coagulation spontanée du lait est toujours due à une seule et même espèce bactérienne et si l'acide lactique ainsi formé présente toujours les mêmes propriétés.

Dans le lait frais, ils n'ont isolé aucun microbe nettement producteur d'acide. En revanche, de divers échantillons de lait caillé spontanément, ils ont retiré 14 souches de cultures pures de microbes formateurs d'acides; mais en poursuivant leur examen sous le microscope et à l'aide des cultures, ils ont reconnu qu'il s'agissait en fait d'une seule espèce identique. Ce sont des bacilles petits, de 1 μ de longueur sur moitié d'épaisseur, généralement en forme de lancette à leurs extrémités, sans mouvements propres ni spores et se colorant par le procédé de Gram. Ils croissent le mieux dans des milieux sucrés, aussi bien à l'air qu'à l'abri de l'air et de préférence à la température de 28°; sur gélatine, ils donnent des colonies

Digitized by Google

punctiformes, non liquéfiantes ; à la surface de l'agar, des enduits délicats analogues à la rosée; ils troublent le bouillon sucré, ne dégagent pas de gaz dans les ballons à fermentation, ne se développent pas sur un sol non albumineux et se développent mal sur la pomme de terre. Un chauffage de trois minutes à 60° endommage considérablement les cultures.

Dans le lait caillé spontanément, on trouve habituellement, soit de l'acide lactique inactif, soit un mélange d'acide lactique inactif et d'acide lactique dextrogyre, mais rarement du dextrogyre pur. Or, l'espèce bactérienne en question cultivée dans du lait stérilisé ne donne toujours que de l'acide lactique dextrogyre pur. Elle ne se distingue en rien de la bactérie du lait de Lister et ne se différencie du bacille de l'acide lactique de Hueppe que par l'absence de spores et le caractère non strictement aérobie.

II. — Fréquemment dans les échantillons de lait examinés au laboratoire d'hygiène de Breslau, on rencontre le bacille I de Flügge, court, épais, très mobile, liquéfiant le sérum sanguin, ne modifiant pas la graisse du lait ni le lactose, avant douze jours au moins, mais réduisant la proportion d'albumine de 3 1/2 0/0 à 0,9 ou 0,7 par formation de caséoses et de peptone. Le lait de 24 heures, peu altéré, est digéré sans accident par les animaux adultes, tandis que chez les jeunes, il provoque une diarrhée mortelle. En injections sous-cutanées et intrapéritonéales, il n'agit pas de même, car il tue les animaux adultes par inflammation de l'intestin grêle, au bout de quelques heures, au milieu de gêne respiratoire et de convulsions.

Les caséoses préparées aux dépens du lait toxique sont tout aussi inoffensives que le résidu de la filtration traité par le chloroforme et que le lait fraîchement bouilli, les filtrats ne renfermant que de trois à neuf millions de germes ne sont pas encore toxiques. La toxicité réside exclusivement dans les corps bacillaires. Une courte ébullition suffit pour rendre inoffensif le lait infecté par le bacille « du foin » de Lübbert, mais ce même lait conservé au-dessus de 22° peut récupérer en peu d'heures un haut degré de toxicité par le développement rapide des spores non tuées à la température de l'ébullition. J. B.

HOLST. Ueber Kettenkokken und Enterentzündung bei Kühen als Ursache akuter Magendarmkatarrhe bei Menschen (*Hyg. Rundsch.*, *VII*, *p.* 417).

En 1894, à Christiania, Holst a eu 4 fois l'occasion d'observer des cas multiples de catarrhe gastro-intestinal aigu chez des personnes, adultes ou enfants, qui avaient consommé du lait de vaches atteintes de mammite parenchymateuse suppurée. Il inpute ces accidents aux streptocoques.

La première fois, 4 heures après l'ingestion du lait, 8 personnes, appartenant à 3 familles, tombèrent malades. Celles qui n'avaient bu le lait que bouilli ou n'en avaient pas bu demeurèrent bien portantes. Ce lait se coagulait à l'ébullition et renfermait d'innombrables streptocoques, de la variété pyogène long.

La deuxième fois, 5 personnes offrirent les mêmes accidents au bout de peu d'heures. La troisième fois, il s'agissait d'une mère et de son enfant. Le lait était ténu, floconneux et renfermait des grumeaux puriformes.

Digitized by Google

Enfin la dernière fois, 4 frères et sœurs furent atteints après avoir ingéré du lait fraichement trait, semblant complètement normal à l'œil nu.

Dans ces 4 circonstances, l'enquête fit découvrir que les vaches laitières étaient affectées d'inflammation parenchymateuse du pis. J. B.

I. — **Eduard POLENSKE. Ein Beitrag zur Kenntniss des Butterfettes und..... Nachweis von Verfälschungen** (*Arbeiten aus dem kaiserl. Gesund., XI*).

II. — **OSTERTAG. Schnellmethoden zur Butteruntersuchung** (*Zeitschr. f. Fleisch- und Milch-Hyg., VI*).

I. — Dans le but de rendre plus sensible la méthode de Reichert et Meissl appliquée à la recherche dans le beurre des graisses étrangères, Polenske conseille de séparer, en les traitant par l'alcool, les parties du beurre facilement fusibles et riches en acides volatils des autres parties, et d'y doser séparément la quantité d'acides gras volatils.

Comme la graisse de noyaux de palmier et celle de noix de coco sont plus solubles dans l'alcool que celle du beurre, on a là un moyen certain d'en déceler la présence, par l'abaissement du taux des acides volatils dans les parties liquides.

P. a expérimenté en outre la valeur de l'épreuve de Valenta, reposant sur la solubilité de la graisse de beurre dans l'acide acétique à 99 ou 100 0/0. On dissout des quantités déterminées de graisse de beurre déshydratée dans l'acide et l'on observe le degré de température où apparait un trouble dans la solution de beurre lentement refroidie.

D'après un examen portant sur 50 échantillons, cette température oscille entre 38° et 51° centigrades et ce sont les portions fluides de la graisse de beurre qui fournissent précisément les moindres écarts thermométriques, les oscillations restant comprises entre 17° et 25°,5 centigrades.

Les graisses de coco et de noyaux de palmier donnent des chiffres de température inférieurs, ceux de margarine des chiffres supérieurs à ceux de la graisse de beurre. Partant, il n'est pas possible de déceler par cette méthode de grossières falsifications des mélanges de ces 3 graisses.

II. — Il existe deux méthodes expéditives pour s'assurer de la présence de margarine dans du beurre, celles de Jahr et de Bischoff. Mais elles ne peuvent servir que pour un examen préliminaire, tandis que pour motiver des poursuites judiciaires, il faut recourir à des méthodes de laboratoires : détermination du chiffre de l'iode, manière de se comporter sous le microscope polarisant. En revanche, ces méthodes rapides permettent une surveillance bien plus étendue et on peut en imposer l'emploi aux commerçants pour qu'ils n'excipent pas de leur ignorance. La méthode de Jahr est basée sur l'aptitude de la graisse du beurre à s'émulsionner, tandis que la margarine n'a pas cette propriété. Celle de Bischoff repose sur ce qu'en fondant, le beurre se sépare en deux couches : une couche supérieure, oléagineuse, transparente, claire ou presque claire et un sédiment plus ou moins considérable de matières non grasses, tandis que la margarine en fondant reste opaque et très trouble, en ne donnant lieu qu'à un sédiment insignifiant. J. BEX.

Digitized by Google

I. — G. WESENBERG. Ueber die Brauchbarkeit der Geber'schen acid-butyrometrischen Methode zur Milchfettbestimmung (*Hyg. Rundsch., VI, p. 444*).

II. — G. GRETHER. Einige Beiträge zur Acidobutyrometrie nach Dr Gerber (*Ibid., p. 549*).

I. — La méthode de N. Gerber pour doser les matières grasses du lait se pratique ainsi : Dans une éprouvette de 25 centimètres cubes de capacité on verse dix centimètres cubes d'acide sulfurique chimiquement pur et par-dessus, un centimètre cube d'alcool amylique; puis on y ajoute onze centimètres cubes de lait. Après fermeture avec un bouchon en caoutchouc et agitation énergique, on place l'éprouvette quelques minutes dans un bain-marie chauffé à 60° ou 70°, ensuite on la soumet 2 ou 3 minutes à la machine centrifuge. Après un nouveau chauffage à 60 ou 70° on lit sur l'échelle la quantité de graisse qui s'est nettement séparée ; chaque division de l'échelle correspond à un dixième pour cent de la graisse existant dans le lait.

Wesenberg s'est assuré par 50 expériences comparatives que la méthode de Gerber est parfaitement propre à servir pour la police du lait; mais dans tous les cas qui pourraient donner lieu à des poursuites, on en contrôlera les résultats avec ceux fournis par la méthode aréométrique de Soxhlet ou l'analyse pondérale.

II. — A l'institut d'hygiène de Berlin, Grether a fait des essais comparatifs des 3 principales méthodes de dosage des matières grasses du lait : l'analyse pondérale, la méthode aréométrique de Soxhlet; la méthode acidobutyrométrique de Gerber. Ses résultats confirment ceux de Jancke, Berstchinger, Zehenter et autres qui établissent la valeur de cette dernière méthode. Jamais Grether n'a trouvé d'écart plus grand que deux dixièmes pour cent et les dosages exécutés parallèlement avec l'analyse pondérale n'ont jamais fait ressortir une différence excédant 0,14 pour cent.

Grether conclut que pour l'emploi en grand, la méthode de Gerber est décidément préférable à celle de Soxhlet, parce qu'avec très peu de matière elle permet, en un temps très court, de faire un grand nombre d'analyses (30 à 35 dosages par heure). Elle ne nécessite aucune correction de température et le ménisque formé par la couche graisseuse est bien distinct.

J. BEX.

I. — LUDWIG. Gutachten des k. k. obersten Sanitätsrathes betreffend die sanitäre Beurtheilung des Zusatzes von Käuflichem Glycerin zu Wein (*Oesterr. Sanitätsw., 1896, et Hyg. Rundsch., VI, p. 1183*).

II. — R. HEISE. Zur Kenntniss der Kermès-und Kermesschildhaus-Farbstoffe (*Arbeiten aus dem k. Gesundh., XI*).

III. — LUDWIG. Ueber Kunstweinfabrikation mit Tamarindenextrakt (*Oesterr. Sanitätsw., 1896, et Hyg. Rundsch., VI, p. 1244*).

IV. — E. FISCHER. Superarbitirum der k. wissenschaft. Deputation f. d. Medicinalw. betreffend Maltonweine (*Viertelj. für gerichtl. Med., 3e série, XII, supplément p. 129*).

Digitized by Google

V. — W. MOESLINGER. Ueber Maltonweine (*Hyg. Rundsch.*, *VII*, *p. 419*).

VI. — RICHE. Rapport sur les procédés d'analyse des vinaigres, pratiqués par le laboratoire municipal (*Trav. Cons. Salubr. Seine*, *II*, *p. 134 et 153*).

I. — Les industriels additionnent de glycérine le vin et les liqueurs pour améliorer des produits de qualité inférieure. Ingérée à petites doses, la glycérine peut être considérée comme indifférente, mais, à doses plus fortes, elle amène de l'irritation des reins et de la vessie. En outre, pour ces falsifications, on emploie le plus souvent des sortes inférieures de glycérine adultérées avec de l'acide formique ou d'autres acides gras. C'est une raison de plus pour interdire l'introduction de la glycérine dans les aliments et boissons. Malheureusement, le Conseil d'hygiène d'Autriche est obligé de reconnaître que les méthodes de dosage de la glycérine sont encore trop peu exactes, de même que nos connaissances sur la teneur normale en glycérine des boissons spiritueuses, pour pouvoir indiquer les proportions numériques au delà desquelles on peut sûrement admettre qu'il y a eu addition artificielle de glycérine.

II. — Sous le même nom de baies ou grains de kermès, de graines d'écarlate, etc., on désigne deux matières servant à colorer le vin. L'une est d'origine animale, c'est la femelle de la cochenille, l'autre d'origine végétale, est la phytolacca decandra.

Pour rechercher la phytolaque dans le vin, H. conseille le procédé suivant : Agiter 20 centimètres cubes de vin avec 10 centimètres cubes d'une solution à 10 0/0 de carbonate de soude cristallisé. Tant que le mélange rougit encore le papier de tournesol, y ajouter goutte par goutte la liqueur de soude jusqu'à neutralisation parfaite. Si le filtrat reste coloré en rouge, la présence de phytolaque est établie par les réactions suivantes : 1° en agitant avec de l'alcool amylique, on ne peut extraire la matière colorante de la phytolaque ni de sa solution acide, ni de sa solution alcaline ; 2° en acidifiant le liquide avec quelques gouttes d'acide acétique et en lui ajoutant une solution concentrée de bisulfite de soude, la matière colorante reste inaltérée ; 3° les alcalis fixes teignent le liquide en rouge. Mais la recherche de la phytolaque dans les vins doit être précédée de celle des matières colorantes tirées du goudron. Heise se range au nombre des auteurs qui croient à l'identité de la matière colorante de la betterave et de celle de la phytolaque.

La confusion est impossible entre la phytolaque et la matière colorante du kermès qui ne renferme pas d'azote. D'un autre côté, la matière colorante du kermès animal se distingue de celle de la cochenille du nopal par le spectre d'absorption de sa solution aqueuse, par sa solubilité dans l'éther, par son spectre caractéristique en solution éthérée, enfin par la possibilité d'être obtenue à l'état cristallin.

III. — Il ressort du rapport de Ludwig au Conseil d'hygiène d'Autriche que la fabrication des vins artificiels avec 10 à 20 0/0 de vin naturel auquel on incorpore la quantité nécessaire d'un extrait aqueux de fruits de tamarin, de l'alcool et de la glycérine, prend de plus en plus d'extension. Le Conseil se prononce pour l'interdiction de ces vins.

IV. — Sauer a repris, en la perfectionnant, l'idée de Pasteur de fabriquer une sorte de vin à l'aide de malt qu'on fait fermenter avec de la levure de vin. Ce qui s'opposait à l'application industrielle de la décou-

Digitized by Google

verte de Pasteur, c'était que la boisson produite gardait un goût accentué de malt. Sauer s'est efforcé d'y remédier. Il fait d'abord subir au moût de bière une légère fermentation lactique pour imiter la teneur en acide du vin. Ensuite il détruit le ferment de l'acide lactique et ajoute au liquide une culture pure de la race de levure qui a fonctionné dans l'élaboration du vin qu'il veut imiter. Mais comme la teneur du moût en sucre est trop faible pour engendrer l'alcool renfermé dans le vin, il ajoute, durant la fermentation, la quantité nécessaire de sucre de canne. Enfin, pour lui enlever odeur et goût de malt, le liquide fermenté est rapidement transformé en vin vieux par afflux d'air stérilisé ou action d'agents oxydants (ozone, peroxyde d'hydrogène) à la température minima de 50 degrés. Dans cette opération, on a soin de condenser dans des réfrigérants les éléments vaporisés par la chaleur, comme l'alcool et les éthers. La Société de Wandbeck, qui exploite le brevet de Sauer, ne fabrique encore que des imitations de vins du Midi (Tokay et Xérès) qu'elle vend à raison de 2 fr. 50 le flacon de 3/4 de litre. Les analyses de R. Fresenius montrent que le Tokay artificiel contient 9,92 et le Xérès de même nature 13,36 0/0 d'alcool. Il en est de même de la proportion de sucre. Mais ces imitations en diffèrent essentiellement : 1° par la nature de l'acide qui dans un cas est le tartrique et dans l'autre le lactique ; 2° par la présence de dextrine qui manque dans les vins du Midi ; 3° enfin, par la composition tout autre des éléments minéraux.

Sur le rapport de Fischer, le Comité supérieur prussien des affaires médicales conclut qu'il n'y a pas lieu de proscrire du commerce les vins obtenus à l'aide de moût de bière et de sucre de canne par simple fermentation sans adjonction d'une autre substance, parce que les analyses n'y révèlent aucune substance nuisible à la santé.

V. — Les vins de maltone sont fabriqués avec du malt d'orge qui est successivement acidulé, soumis à une fermentation spéciale et enfin exposé à la chaleur. Ils ont sur les vins de liqueur l'avantage que leur teneur, assez riche en alcool, dérive entièrement de la fermentation. Ils se caractérisent en outre par la présence de proportions considérables de l'extrait et d'acide phosphorique, ainsi que par la façon dont ils se comportent en face de la lumière polarisée ; ils sont, en effet, fortement dextrogyres. Ce dernier caractère s'oppose à leur emploi pour couper les vins de liqueur qui sont en général nettement lévogyres. La Réunion des analystes bavarois est d'avis qu'il n'y a pas lieu de prohiber la vente des vins de maltone faits avec du moût d'orge additionné de sucre de canne, au moyen d'une acidification et d'une fermentation haute, successives, convenablement réglées.

VI. — Adoptant les conclusions de Riche, le Conseil de salubrité de la Seine décide qu'il n'y a pas lieu de fixer, pour les vinaigres et vins blancs ou rouges, un rapport maximum entre le poids de l'acide acétique et celui de l'extrait sec.

J. BEX.

Bericht über die städtische Fleischschau in Berlin für das Jahr 1894-1895 (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 1119*).

Pendant l'exercice annuel 1894-95, il a été abattu dans l'abattoir de Berlin 134,316 bœufs, 113,190 veaux, 405,096 moutons et 579,367 porcs;

Digitized by Google

sur ce nombre, ont été rebutés 2,275 bœufs, 305 veaux, 90 moutons et 3,695 porcs. Quoique le chiffre des bœufs abattus soit de 10,281 et celui des veaux de 5,983 inférieur à celui de l'année précédente, le chiffre des animaux rebutés a été supérieur de 346 pour les premiers et de 14 pour les seconds. Pour les moutons, il en a été abattu 12,437 de moins et rebuté 32 de moins que dans l'exercice antérieur; enfin, le nombre des porcs abattus a augmenté de 21,794 et celui des rebutés diminué de 455.

La proportion des tuberculeux s'est élevée à 15,45 0/0 parmi les bœufs, à 0,13 0/0 parmi les veaux, à 2,05 0/0 parmi les porcs. 1,916 bœufs sur les 20,750 tuberculeux, 79 veaux sur les 146, 13 moutons sur les 22 et 1,776 porcs sur les 11,753 ont été rejetés en totalité; mais la viande de 1,075 de ces bœufs, de 62 de ces veaux, de 7 des moutons et de 1,230 des porcs a été admise à la vente après stérilisation dans l'appareil de Rohrbeck.

Après la tuberculose, c'est la ladrerie qui fournit le plus fréquent motif d'exclusion de la viande; 293 bœufs (0,22) et 1,032 porcs (0,18 0/0) ont été rejetés de ce chef. 2 bœufs seulement et 392 porcs étaient tellement infestés de cysticerques que leur rejet a été absolu; les autres viandes ladres ont été vendues après avoir été stérilisées dans l'appareil de Becker et Ulmann.

136 porcs ont été écartés pour trichinose (0,22 p. 1,000); la proportion des porcs trichineux diminue d'une façon continue depuis la création du service d'inspection.

144 animaux ont été rebutés pour des affections inflammatoires 107 pour jaunisse; 160 pour hydropisie; 222 porcs pour rouget et 68 pour choléra; 2 de ces derniers ainsi que 262 dont la viande était sillonnée d'épanchements sanguins ou de concrétions calcaires ont été livrés à la consommation après coction préalable dans l'appareil de Becker et Ulmann.

Ont été rejetés à cause d'échinocoques, les poumons de 3,036 bœufs, de 37 veaux, de 5,198 moutons et de 7,584 porcs, ainsi que le foie de 797 bœufs, 1 veau, 2,645 moutons et 4,105 porcs.

Le chiffre total des organes et parties d'animaux rebutés s'est élevé à 32,152 pour les bœufs, à 230 pour les veaux, à 20,738 pour les moutons, et à 38,810 pour les porcs.

Les postes d'inspection municipaux des barrières ont eu à examiner la viande de 43,789 bœufs, de 135,802 veaux, de 37,184 moutons, de 117,530 porcs; plus 2,189 flèches de lard et 9,533 jambons conservés importés de l'étranger. Ils ont rejeté pour tuberculose 252 quartiers de bœuf, 3 veaux, 24 porcs; pour ladrerie, 34 quartiers de bœuf et 15 porcs; pour trichinose, 14 porcs, 1 sanglier et 3 jambons américains; pour rouget, 18 porcs; pour jaunisse, 1 bœuf, 8 veaux et 2 porcs; pour étisie et hydropisie, 361 quartiers de bœuf, 24 moutons, 11 porcs; pour âge trop tendre, 164 veaux. J. BEX.

Digitized by Google

J. KŒNIG et A. BÖMER. Ueber die Zusammensetzung des Fleischextraktes (*Zeitschr. f. analyt. Chem., XXXIV, et Hyg. Rundsch., VI, n° 22, p. 1123, 15 nov. 1896*).

Kœnig et Bömer ont contrôlé la valeur de la méthode d'analyse de Kemmerich, consistant à séparer les éléments constituants de l'extrait de viande par précipitations fractionnées, en l'appliquant aux extraits de Liebig et de Kemmerich, et en se servant comme termes de comparaison de la peptone de Kemmerich, obtenue en chauffant sous pression la viande entière et de l'extrait de Cibils préparé à l'aide du ferment digestif du Carica papaya. Ils concluent de leurs analyses que c'est à tort qu'on admet que l'extrait de viande renferme de la gélatine à côté des matières extractives, qu'en revanche il contient des quantités non négligeables d'albumoses. Quant à la peptone et aux composés d'amides ou d'amido-acides, on n'en trouve point ou seulement en très minime quantité. L'azote sous forme d'ammoniaque s'y rencontre parfois en quantité notable. La masse principale des composés azotés consiste en bases de viande. A côté d'elles et des substances azotées précédemment nommées, il n'y a qu'une très faible quantité de matières azotées non précipitables par l'acide phosphotungstique.

En ce qui touche à l'analyse chimique des extraits de viande, K. et B. ont reconnu que la précipitation par l'alcool à 80 0/0, suivant le précepte de Liebig, ne saurait servir à fixer la nature des combinaisons azotées, non plus que la qualité de l'extrait de viande ; qu'il est indispensable pour cela de traiter la solution aqueuse par le sulfate d'ammoniaque ou de zinc. J. B.

I. — J.-H. MILROY. Die Gerinnung der Albuminstoffe des Fleisches beim Erhitzen (*Archiv f. Hyg., XXV*).

II. — Arrêté bavarois sur la tuenenite (*Hyg. Rundsch., VI, p. 139*).

III. — J. MAYRHOFER. Ueber die Bestimmung der Stärke in Fleischwaaren (*Ibid., p. 1233*).

IV. — SILBERSCHMIDT. Räucherungsversuche mit dem Fleische gesunder und kranker Thiere (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, XXVI, p. 550*).

V. — RISSLING. .....Ueber die Lebensdauer der Schweinefinnen im frischen und geköpelten Fleisch (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milchhyg., VI*).

VI. — POPP. Ueber Missstände an Fleischkühlanlagen (*Hyg. Rundsch., VI, p. 1086*).

VII. — COLBERG. Ueber die unschädliche Beseitigung und gewerbliche Ausnutzung von Thierkadavern und beanstandeten Fleisch in Schlachthofen durch den R.-A. Hartmann'schen Extraktionsapparat (*Berlin. thierarztl. Woch., 1896*).

VIII. — E. CAUCHEMEZ. Les mesures sanitaires au Marché aux bestiaux et aux Abattoirs de la Villette (*Thèse de Paris, 1896*).

I. — Milroy a cherché à connaître quelle était la proportion des matières albumineuses de la viande qui résistait à la coagulation lorsqu'on avait maintenu la viande, une heure, à des températures de 50 à 120 degrés. Dans la viande de bœuf fraîche chauffée à 50°, il n'y a que 47 0/0 d'albu-

Digitized by Google

mine coagulée, tandis qu'à 80° elle l'est déjà presque toute. Il en est de même pour le jambon frais. Le salage de la viande de bœuf a pour effet d'augmenter la proportion relative des albuminoïdes coagulés aux températures de 50 à 80 degrés. Le marinage du bœuf agit de la même façon que le salage. Quand le bœuf est légèrement rôti 77 0/0 de l'albumine de la couche externe et seulement 42 0/0 de la couche interne sont coagulés ; dans le bœuf fortement rôti, 99 0/0 de l'albumine sont coagulés dans l'une et l'autre couches.

II. — Un arrêté du ministre de l'Intérieur de la Bavière, daté du 20 avril 1895, interdit l'emploi, comme agent conservateur de la viande, de la treuenite, produit nommé ainsi du lieu de sa fabrication (Treuen) et qui renferme du sulfite de soude.

III. — Mayrhofer décrit un nouveau procédé pour doser la fécule dans les viandes de charcuterie, en dissolvant rapidement la totalité de la substance à examiner dans une solution alcoolique de potasse caustique, où l'amidon est insoluble.

IV. — Après plusieurs semaines de salage et de fumage, les bacilles du rouget existant dans la chair de porcs abattus d'office en raison de cette maladie se trouvaient encore dans un état de vitalité et de virulence remarquables, tandis que les microbes de la putréfaction et autres qui s'étaient introduits dans la viande après l'abatage de l'animal étaient détruits. Le fumage est donc, même au point de vue bactériologique, un bon procédé de conservation pour la viande d'animaux sains, mais il ne saurait être considéré comme un moyen de désinfecter la viande d'animaux malades.

V. — Deux jambons, provenant d'un porc atteint de ladrerie ont été, l'un mis dans la saumure, l'autre conservé à l'air libre, par une basse température tombant parfois au dessous de 0. Le 13e jour déjà, dans le jambon salé, 99 0/0 des cysticerques étaient morts et le 18e jour il n'en restait pas un seul vivant. Dans le jambon suspendu à l'air, jusqu'au 20e jour, quelques cysticerques restaient encore en vie, mais à l'examen suivant, pratiqué le 28e jour, sur 100 examinés, pas un n'était vivant.

VI. — Les glacières des marchés sont devenues insuffisantes pour conserver, durant des semaines, le gibier et la volaille. Malgré les perfectionnements apportés aux mélanges réfrigérants, les viandes y prennent souvent une saveur de relent qui ne se fait sentir parfois qu'après qu'elles ont été rôties. Les défauts sont les mêmes, qu'il s'agisse de lieux de rafraîchissement dont la température est de 3 degrés au-dessus de 0, ou de chambres frigorifiques dont la température est de — 3° au-dessous de 0. Les analyses de l'air y montrent un déficit d'oxygène et un excès d'acide carbonique, beaucoup d'ammoniaque et de gaz altérant la liqueur de permanganate ; l'atmosphère a une odeur de pourriture humide. Des plaques exposées dix minutes à l'air de ces locaux fournissent jusqu'à 25 colonies, comprenant des monocoques, des diplocoques, des protées, une espèce de bacille colique et de nombreuses mucorinées ; en revanche, après deux heures de ventilation artificielle, le chiffre des germes est réduit au dixième. Ce n'est pas la viande elle-même qui causait la viciation de l'air, car elle était irréprochable. Ce sont les parois en ciment, humides et veloutées au toucher et fournissant en cultures d'innombrables

Digitized by Google

germes. Des cultures pures des espèces trouvées ayant été ensemencées sur des plaques de ciment stériles ont donné lieu à un dégagement de gaz putrides. Au contraire, les glacières à parois de bois ou à revêtement de zinc ne donnent que peu de germes et aucune odeur de relent. Les parois en ciment ont l'inconvénient d'être poreuses, de laisser passer l'air du sol et de rayonner la chaleur; elles se maintiennent humides et offrent des conditions favorables de pullulation aux germes qui s'y déposent. Il faut donc choisir pour les chambres frigorifiques à viandes, des parois lisses, claires, imperméables à l'air, faciles à laver, tels que des carreaux de porcelaine, et en outre avoir un ventilateur à action continue, de manière à maintenir l'atmosphère sèche et la température constante.

VII. — Les divers appareils de Rietschel et Henneberg, de Podewils, de Venuleth et Ellenberger, de Budenberg servant à dénaturer les viandes insalubres ont comme inconvénient commun la difficulté qu'on éprouve à se débarrasser du bouillon faiblement gélatineux, extrêmement dilué par la vapeur introduite directement dans les matières à transformer; cette eau gélatineuse se décompose très vite et sa concentration exige de trop grands frais. L'appareil de Hartmann échappe à cet inconvénient parce que les viandes ne sont pas chauffées directement par la vapeur de la chaudière mais surtout par la vapeur qui se produit aux dépens de l'eau de constitution de la viande elle-même. De cette manière, on obtient un bouillon beaucoup plus épais, ce qui facilite l'extraction de la gélatine en réduisant les dépenses de combustible et le temps nécessaire à l'opération.

VIII. — Intéressant exposé des mesures appliquées au marché aux bestiaux et aux abattoirs de la Villette pour assurer le bon état sanitaire des animaux, pour veiller à la prophylaxie des épizooties, pour assainir les vastes espaces occupés par les animaux, pour pratiquer l'examen des viandes destinées à la boucherie et à la charcuterie, ainsi que pour éviter, à l'abattoir, alors même que tous doivent y être sacrifiés, la contamination des animaux sains par les malades.

Le service de désinfection du marché, entièrement indépendant du service vétérinaire sanitaire, comprend 70 personnes qui dans l'intervalle entre deux marchés, du lundi au jeudi, emploient 75,000 litres d'eau pour le nettoyage de 235,000 mètres superficiels et comme antiseptiques, le crésyl au centième et une solution de chlorure de zinc à 3 0/0.

J. BEX.

REISSMANN. Der jetzige Stand unserer Kenntnisse und Anschauungen von der Gesundheitsschädlichkeit des Fleisches tuberkulöser Thiere (*Hyg. Rundsch.*, *VI nos 18 à 21, 15 sept., 1er et 15 oct., 1er nov. 1896*).

Important travail dans lequel R. expose l'évolution chronologique des idées ayant cours sur l'insalubrité de la viande des bêtes tuberculeuses.

Reissmann, qui résume tous les travaux expérimentaux sur la question et les discute, pense qu'on peut condenser les résultats acquis dans les formules suivantes. Il est incontestable que l'inoculation de la viande et du suc de viande des bêtes tuberculeuses provoque par-

Digitized by Google

fois la tuberculose, quand les lésions sont de consistance molle, caséo-purulentes. Sous la dénomination de viande, on ne doit pas entendre la chair musculaire seulement, mais la viande telle qu'on la livre au consommateur, c'est-à-dire avec sa graisse, ses os, ses ganglions, ses nerfs, ses vaisseaux, etc. Transmissibilité par inoculation est d'ailleurs loin d'être synonyme de transmissibilité par le tube digestif, car les expériences d'alimentation ont fourni des résultats incomparablement moins nets que celles par inoculation. La prudence exige que dans tous les cas de tuberculose où la viande renferme des germes de la maladie, elle soit complètement soustraite à la consommation ou que, tout au moins, on ne puisse la consommer crue. Or la viande renferme des germes de la maladie, soit qu'elle recèle des foyers tuberculeux ou des bacilles, soit qu'elle ait été contaminée extérieurement par des produits bacillifères. On doit redouter cette contamination par les manipulations du boucher au cas de tuberculose avancée des grandes séreuses et de nombreux ganglions caséo-purulents. La présence de tubercules et de germes pathogènes dans la viande ne doit pas être présumée seulement quand la tuberculose est généralisée, c'est-à-dire quand le virus a pénétré dans la circulation sanguine, mais encore dans beaucoup de cas où la maladie est localisée aux séreuses des grandes cavités du corps et aux ganglions des parois thoraco-abdominales qui en dépendent. Lorsque la maladie de la séreuse pariétale est locale, on ne considérera comme dangereuse pour la santé que la viande immédiatement attenante, plus encore celle de la paroi thoracique que celle de la paroi abdominale, parce que la première renferme des ganglions lymphatiques beaucoup plus nombreux et moins apparents. En revanche, lorsque la tuberculose est généralisée, la règle est de considérer comme insalubre la totalité de la viande. Il n'y a d'exception que si les foyers morbides sont strictement limités aux viscères et offrent les indices d'un âge avancé, c'est-à-dire qu'ils sont au moins de la grosseur de grains de chènevis et de consistance caséeuse, sèche ou bien calcaire. On peut faire disparaître l'insalubrité des viandes tuberculeuses par stérilisation à la vapeur, en morceaux d'un poids de 3 à 5 kilos et épais au plus de 10 centimètres. Mais la viande n'en deviendra pas pour cela propre, dans tous les cas, à être consommée. En effet, même stérilisée, la viande étique ou notablement altérée, ou contenant des tubercules est absolument répugnante. Quand il existe un foyer tuberculeux unique des os ou des ganglions musculaires, il suffit de l'enlever avec son entourage immédiat pour rendre le reste de la viande apte à la consommation, après stérilisation par coction. Quand, dans la tuberculose de la séreuse pariétale, les ganglions des parois thoraco-abdominales sont envahis sans qu'il y ait de foyer dans le reste de la viande, il n'y a qu'à séparer et à détruire les parties malades, soit la cage thoracique et les muscles intercostaux, soit les corps vertébraux, avec les ganglions intercostaux et lombaires. Le surplus des parois thoraciques ou abdominales qui n'est suspect que de contamination extérieure peut être utilisé comme nourriture, une fois stérilisé. Lorsque le diaphragme est atteint, il vaut toujours mieux le rejeter entièrement.

L'intéressant mémoire de R. se termine par l'exposé critique de la législation dans les Etats allemands et à l'étranger. J. BEX.

Digitized by Google

I. — **Andreas BRATANICH. Die Fleischvergiftung in Schönau und Umgebung** (*Prager med. Woch., 1896*).

II. — **E. VAN ERMENGEM. Recherches sur des cas d'accidents alimentaires produits par des saucissons** (*Revue d'hyg., sept. 1896*).

III. — **G. POUCHET. Bactériologie appliquée à la médecine légale** (*Ann. d'hyg., mars 1897*).

IV. — **HAMBURGER. Bacillus cellulaeformans. Zur Bakteriologie der Fleischvergiftungen** (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg. VI*).

V. — **HAAN. Intoxication par du foie de porc cuit** (*Berlin. klin. Woch., p. 240, 15 mars 1897*).

VI. — **Paul REMLINGER. Des accidents causés par les viandes conservées en boîte.....** (*Ann. d'hyg., nov. 1896*).

VII. — **Anton BROSCH. Zur Kasuistik der Fischvergiftung** (*Wiener klin. Woch., 1896*).

I. — En mars et avril 1894, 68 personnes habitant Schönau, près Teplitz, tombèrent malades, et 4 d'entre elles succombèrent, après avoir mangé du saucisson fumé. Chez la plupart, les accidents apparurent immédiatement après l'ingestion et furent d'abord ceux d'une gastro-entérite grave. Habituellement, les malades semblaient rétablis au bout de peu de jours, mais à ce moment ils offraient une série de nouveaux symptômes : violentes douleurs musculaires ; œdème des paupières, de la région massétérine, parfois de toute la figure ; fièvre intense. Enfin, chez un grand nombre, l'affection eut encore un troisième stade, se traduisant par de la faiblesse générale, de la perte d'appétit, de l'insomnie et du gonflement des membres inférieurs. Les autopsies révélèrent de la rougeur de la muqueuse gastro-intestinale, de la tuméfaction de la rate, de la dégénération parenchymateuse du cœur, du foie, des reins et une fluidité insolite du sang qui avait perdu sa coagulabilité.

En raison des phénomènes de la seconde période, on avait cru d'abord à une trichinose et, en fait, Chiari a découvert dans les muscles des victimes des trichines fraîches ; mais il a trouvé en outre dans leurs organes internes d'innombrables bacilles rappelant sous le microscope celui du charbon. La seule culture fructueuse donna une bactéridie non virulente pour les animaux, tout en étant capable d'immuniser des lapins contre une infection ultérieure avec des spores charbonneuses très virulentes. Chiari pense avoir eu affaire à un bacille charbonneux atténué par le fumage auquel avait été soumise la viande. Il s'agirait donc d'un charbon combiné avec la trichinose.

II. — En octobre 1895, 12 personnes furent prises d'accidents après avoir mangé, crû, du saucisson de porc contenant une petite proportion de bœuf fumé. Parmi les malades, se trouvait le vétérinaire, inspecteur sanitaire des viandes, qui succomba au bout de 5 jours dans le collapsus, après avoir eu de l'albuminurie. Le début des accidents a toujours été plus ou moins tardif, de 9 à 24 heures après l'ingestion. La gravité des symptômes ne s'est pas montrée proportionnée à la quantité de viande ingérée. Les phénomènes ont revêtu des formes différentes, rappelant tantôt la fièvre typhoïde, tantôt le choléra nostras.

La chair de porc, dûment expertisée, avait un aspect absolument normal. Les saucissons fabriqués le même jour et avec les mêmes viandes n'étaient

Digitized by Google

pas tous doués de propriétés nuisibles. L'affection était de nature contagieuse, car un mari qui n'avait pas mangé de saucisson, mais avait couché avec sa femme malade, présenta, en se levant, les mêmes troubles atténués : céphalée, crampes gastriques, coliques, vomissements et diarrhée pendant 24 heures. Gärtner a observé un fait semblable dans une épidémie déterminée par la viande d'une vache malade.

L'autopsie du vétérinaire révéla de la gastro-entérite aiguë, allant jusqu'à la gangrène ulcéreuse dans l'estomac; de l'hypertrophie et du ramollissement des ganglions mésentériques, du foie et de la rate ; des épanchements sanguinolents dans les cavités séreuses ; de la néphrite parenchymateuse aiguë ; un trouble albumineux et de la dégénérescence graisseuse du foie avec des foyers d'hépatite interstitielle ; des foyers d'embolies microbiennes dans les ramifications de la veine-porte et, en moins grand nombre, dans la rate et les reins ; la présence dans l'intestin grêle et dans les viscères (foie et reins surtout), du même bacille qu'à Morseele et que dans l'épidémie de Gaertner (*R. S. M.* XXXIV, 501), c'est-à-dire d'un bacille ressemblant beaucoup à celui de la peste ou choléra des porcs.

III. — Dans plusieurs villages du Nord de la France, il est survenu, en juillet 1895, 48 cas de gastro-entérite, avec 1 décès d'une femme, chez des personnes qui avaient mangé du lard et du pâté d'un porc atteint de pneumo-entérite infectieuse ou choléra porcin ; depuis plusieurs mois déjà l'épizootie ravageait la contrée. Dans le lard et dans les tripes, Pouchet a trouvé un cocco-bacille de dimensions moyennes, de configuration elliptique, prenant bien les couleurs d'aniline, se colorant mieux sur les bords qu'au centre, immobile, ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant pas le lait et ne formant pas d'indol. Les selles qui ont été examinées (2 malades), ne renfermaient qu'un bacille coli très virulent. Pouchet identifie le coccobacille qu'il décrit avec l'organisme pathogène de la peste porcine.

IV. — En novembre 1895, à deux reprises, toutes les diaconesses de la maison d'Utrecht qui avaient mangé d'une viande mal cuite, furent prises de catarrhe gastro-intestinal avec prostration. Cette viande renfermait un bacille immobile, ayant de 1 μ à 1 1/2 sur 0 μ 4, prenant les couleurs d'aniline et le Gram, se développant en bouillon des diverses viandes, mieux à la température du corps qu'à celle de la chambre, formant à la surface une pellicule blanche, assez ferme, paraissant divisée en compartiments par de petites arêtes verticales (d'où le nom de cellulæ formans), ne liquéfiant pas la gélatine, conservant sa vitalité après 6 semaines en bouillon ; croissant rapidement sur les viandes cuites ou stérilisées en formant un enduit blanc et en dégageant de l'ammoniaque ; tuant par la voie stomacale les souris blanches en 2 à 4 jours, par entérite avec hypertrophie considérable du foie, des reins et de la rate. L'intestin et la rate de ces souris contenaient le même microbe. Les cobayes sont réfractaires. Des cultures en bouillon filtrées à travers une bougie Chamberlan provoquèrent chez un chien de l'apathie, des déjections fréquentes et une diminution d'appétit. Les cultures filtrées et la viande infectée perdent toute virulence (même pour les souris) à 100°. Hamburger pense que la nocivité de cette viande résultait d'une infection *post mortem* par un microbe de la putréfaction, car il a trouvé ce même bacille sur de la viande suspendue à l'air dans son laboratoire.

V. — Dans du foie de porc cuit qui avait donné lieu à des accidents,

Digitized by Google

H. a trouvé exclusivement le bacille banal du côlon vérifié par des inoculations à des rats dont 3 ont succombé. Il n'existe qu'une autre observation dans la littérature où l'on ait constaté le même microbe dans du foie de porc cuit ayant également occasionné des accidents chez plusieurs personnes.

VI. — Il résulte de recherches de Vaillard que les boîtes de conserves de viande ne renferment normalement qu'un petit nombre de microbes vivants (sarcine, bacille de la pomme de terre, bacille subtil), tous aérobies, parfaitement inoffensifs et appartenant à des espèces sporulées très résistantes. D'autre part, de même que Poincaré (*R. S. M.*, XXXII, 499), Vaillard a constaté la disparition de la double striation des fibres musculaires et leur dégénérescence vitreuse qui ne peuvent être des effets de la cuisson ; de plus, à la surface et dans l'intérieur des fibres musculaires, altérées ou non, dans la gelée et dans la graisse, il a trouvé quantité de microbes, d'espèces les plus variées, mais tous morts ; comme ce sont des microorganismes aérobies, ils n'ont pu pulluler dans le milieu privé d'air d'une boîte. D'ailleurs, aucune des boîtes ne contenait de gaz indiquant la présence d'anaérobies. Vaillard conclut que les germes existaient dans la viande avant sa mise en boîte, soit qu'il s'agit de viande ayant subi un commencement de putréfaction, à la suite d'un long séjour à l'air (aussitôt après la mort d'un animal, sa chair musculaire ne renferme aucun germe), soit qu'il s'agit de viande manipulée avec des instruments malpropres, soit enfin de viande d'animaux atteints de maladies infectieuses, ainsi que le porte à penser l'existence et la dégénérescence cireuse des fibres musculaires.

VII. — Un officier autrichien, mangeant des huîtres à minuit, avait trouvé à l'une d'elles un mauvais goût. Le lendemain matin, points de côté et céphalée ; puis dysphagie, sialorrhée et impossibilité de miction. A midi, le médecin le trouva avec l'aspect d'un homme ivre, mais ayant gardé son intelligence : hémiplégie faciale droite flasque avec mydriase de ce côté, parole difficile et même impossibilité d'uriner. Peu après, cyanose, flaccidité des muscles des membres, ptosis droit et mort par arrêt de la respiration. A l'autopsie, nombreux épanchements sanguins dans la poitrine et la moelle épinière, sur le péricarde viscéral, à la face interne de l'épiglotte et sur la muqueuse intestinale. Rate hypertrophiée. Dégénérescence parenchymateuse commençante des viscères. Analyse chimique négative. J. BEX.

MANOUVRIEZ. Falsification de la bière au moyen d'une colle renfermant du bisulfite de chaux (*Bulletin Acad. de méd.*, *24 nov. 1896*).

Un brasseur se servait pour coller ses bières d'un mélange contenant par kilogramme 6gr,023 de bisulfite de chaux (soit 0gr,494 d'acide sulfureux.) Cette bière a occasionné aux clients des troubles divers : nausées, vomissements, inappétence, sensation de barre épigastrique, coliques, météorisme et diarrhée, courbature, faiblesse des jambes et lassitude, alourdissement et hébétude. LEFLAIVE.

I. — E.-A. SCHEPILEWSKI. Le formaldéhyde comme désinfectant (*Journ. ochranenija narodnawo sdrawija, V, et Hyg. Rundsch., VI, p. 898*).

II. — K. WALTER. Zur Bedeutung des Formalins bezw. Formaldehyds als Desinfektionsmittel (*Zeitschr. für Hyg. XXI*).

Digitized by Google

III. — PFUHL. Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Formaldehydgases zur Desinfection grosserer Räume (*Ibid.*, *XXII*).

IV. — ROSENBERG. Konservirung, Desinfektion resp. Sterilisation und Behandlung der Infektionskrankheiten durch Formaldehyd in neuen Lösungen (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 1084*).

V. — Armand GAUTIER. Au sujet de la mise en vente d'un produit antiseptique (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine*, *II*, *p. 374*).

I. — Schepilewski conclut de ses expériences sur les effets germicides du formaldéhyde qu'ils sont 3 ou 4 fois aussi énergiques que ceux de l'acide phénique. Contrairement à Trillat, il a reconnu que la présence d'albumine n'affaiblit nullement l'action de l'aldéhyde formique et qu'elle l'accroît même, dans le sérum sanguin. Les vapeurs de formaldéhyde ont une action plus intense que les solutions. Ce sont les spores charbonneuses sèches qui résistent le mieux au désinfectant. Les microbes humides sont moins résistants que les secs, bien que l'air de la cloche de verre sous laquelle étaient faites les expériences fût saturé de vapeur d'eau. La rapidité de la désinfection ne croît avec la quantité du formaldéhyde employée que jusqu'à un maximum qui n'est pas dépassé. Les objets enveloppés sont difficilement stérilisables par les vapeurs de formaldéhyde, de même que les livres et autres objets que ces vapeurs pénètrent malaisément; les spores n'y sont jamais détruites. Sous la cloche de verre, la stérilisation complète d'un morceau de peau de mouton ou de drap de 100 centim. carrés par les vapeurs formaldéhydiques exige 8 heures avec 1/2 centim. cube de formaline, 4 heures avec 1 centim. cube. Ni les tissus, ni les couleurs, ni les métaux polis ne sont altérés par les vapeurs.

II. — Walter a fait des expériences afin de voir si la médecine militaire pouvait tirer parti des propriétés désinfectantes du formaldéhyde. Il a constaté qu'une solution de formaline au dix millième suffit pour arrêter le développement des spores charbonneuses, du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, du staphylocoque pyogène doré, autrement dit de tous les microbes expérimentés; que les vapeurs ont une action beaucoup plus marquée sur les bacilles diphtéritiques que sur le staphylocoque doré; qu'en solution au centième, la formaline tue en 30 minutes les spores du charbon; qu'à l'inverse de ce qui se produit pour les autres désinfectants, l'addition d'alcool augmente l'efficacité des solutions; que, par exemple, tandis que ni l'alcool à 50 0/0 ni la formaline à 1 0/0 ne tuent en 10 minutes le staphylocoque doré, les deux réunis le tuent en 4 minutes. Avec une solution à 3 0/0, on peut sûrement stériliser les mains, mais pas les instruments. Les vêtements sur lesquels on avait fait sécher des pyocoques étaient stérilisés au bout de 6 heures par aspersion avec une solution de formaline à 3 0/0 et enveloppement consécutif dans une toile cirée, sans altération de la teinte du drap ni des parties métalliques. De même, quand on suspendait les vêtements et les uniformes dans une cuve fermée et qu'à l'aide d'un tuyau on y introduisait les vapeurs de 200 centimètres cubes de formaline, au bout de 24 heures, les microbes du pus, les bacilles diphtéritique, pyocyanique et charbonneux étaient tués ainsi que les spores charbonneuses

Digitized by Google

humides, tandis que la destruction des mêmes spores sèches réclamait 43 heures... Des bacilles cholériques mélangés à des matières fécales furent tués en 5 minutes par la solution au centième ; en même temps l'odeur fécale avait rapidement et totalement disparu.

Donc la formaline l'emporte sur tous les autres désinfectants liquides, sauf le sublimé ; son action est moins prompte que celle du courant de vapeur, mais elle a sur la vapeur le double avantage de ne pas endommager les objets et d'être d'un emploi très commode.

III. — Pfuhl a été chargé par le Ministère de la Guerre prussien d'expérimenter la valeur de l'aldéhyde formique pour désinfecter les casernements. En se servant de lampes de Krell, il a reconnu qu'il fallait des doses beaucoup plus fortes qu'on ne le croyait ; ainsi, pour tuer les bacilles tuberculeux dans des crachats frais, il faut comburer 14^{gr},1 d'alcool méthylique par mètre cube et 15^{gr},7 dans des crachats desséchés ; 21^{gr},2 pour tuer des bacilles diphtéritiques desséchés ; 90 à 95^{gr} d'alcool méthylique ne suffisent point pour détruire les spores du charbon, du tétanos, etc.

IV. — Au lieu d'employer, comme on le fait d'habitude, la solution aqueuse de formaldéhyde à 40 0/0, connue sous le nom de formaline, Rosenberg s'est servi de la *holzine* d'Oppermann, solution à 60 0/0 dans l'alcool méthylique, qui, contrairement à la formaline, s'évapore sans laisser de résidu. En pratique, on fait vaporiser, sur une assiette en amiante, à une chaleur modérée, de 5 à 15 centim. cubes de holzine, ce qui exclut toute formation d'oxyde de carbone ; en outre, pour supprimer l'action irritante du formaldéhyde gazeux, on ajoute un peu de menthol et l'on a alors le *holzinol*.

Cet holzinol est parfait pour désinfecter les logements, car il tue même les spores charbonneuses. Il est également précieux pour la stérilisation des substances alimentaires. Le holzinol est de plus un excellent agent médicamenteux, sous forme de vaporisations, dans la coqueluche et autres toux quinteuses. En solution à 0,3 0/0, c'est un bon désinfectant pour les chambres de malades, les salles d'école et pour détruire la vermine.

Rosenberg préconise encore le formaldéhyde à l'intérieur, dissous dans le lactose, sous le nom de *stérisol* à la dose quotidienne de 6 centigrammes qu'il a ingérée sans inconvénient. Il l'a essayée avec profit dans la tuberculose, l'érysipèle et la diphtérie.

V. — Sur le rapport de A. Gautier, le Conseil de salubrité de la Seine a décidé qu'il n'y a pas lieu d'autoriser, pour conserver les substances alimentaires, la formaline, solution à 20 0/0 de formaldéhyde par litre. L'innocuité n'en est pas démontrée, de même que pour la saccharine, les acides salycilique et borique, que le Conseil a précédemment interdits. J. B.

N. GRÉHANT. Sur les accidents que peuvent produire les calorifères de cave (*C. R. Acad. des Sc.*, 5 *avril 1897*).

Dans quelques conditions encore mal définies et relativement rares, l'air chaud versé dans les appartements par des calorifères de cave peut renfermer assez d'oxyde de carbone pour produire des accidents ;

Digitized by Google

mais, pour déceler ce gaz, il faut faire des prises d'air le plus tôt possible, lorsqu'un accident se produit, car le lendemain on ne trouve plus aucune trace du gaz incriminé. Il est probable que celui-ci provient de ce que les gaz de la combustion traversent les parois de la fonte lorsqu'elles ont été portées au rouge. M. DUVAL.

A. MERMET. Une réaction de l'oxyde de carbone (*C. R. Acad. des Sc., 22 mars 1897*).

Pour caractériser facilement, notamment au point de vue des recherches d'hygiène, l'oyyde de carbone dans l'air, une solution faible de permanganate de potasse acidulée par l'acide azotique est un réactif précieux, car il se décolore sans l'influence de l'oxyde de carbone, et cette décoloration est accentuée par l'addition de nitrate d'argent. L'auteur a pu ainsi composer un réactif avec lequel il a été facile de faire l'essai de l'air dans diverses circonstances, dont on peut citer les suivantes comme type : Une prise d'air est faite près d'un poêle à anthracite au moment où on le charge ; le réactif est décoloré : l'air contient de l'oxyde de carbone. Après une saute de vent en bourrasque, le baromètre baisse, et une cheminée à feu continu et combustion lente semble s'éteindre ; de l'air est prélevé dans la pièce. Le réactif est décoloré : le vent avait donc rabattu le gaz de la cheminée. M. DUVAL.

I. — **SILBERSCHMIDT. Milzbrand und Rosshaarfabrikation** (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 7, p. 212, 1896*).

II. — **Le même. Rosshaarspinnerei und Milzbrandinfection** (*Zeitschr. f. Hyg. und Infect., XXI*).

III. — **GRUBER. Ueber Milzbrand in Gewerbebetrieben und über prophylaktische Maasnahmen.....** (*Oesterr. Sanitätsw., 1896, et Hyg. Rundsch., VI, p. 834*).

IV. — **Pierre BRAMEL DE CLÉJOULX. Étude sur le charbon professionnel** (*Thèse de Paris, 1896*).

V. — **DUGUET. Cas de pustule maligne suivi de décès** (*Trav. Conseil de salubr. d la Seine, III, n° 8, p. 124, 9 avril 1897*).

I. et II. — Depuis 1876, on avait observé 24 cas de charbon dans le bétail d'une localité zuricoise, malgré la désinfection des étables. Antérieurement, la maladie était inconnue dans l'endroit et l'on ne pouvait expliquer son apparition incessante par aucune des causes ordinaires. Les experts vétérinaires signalèrent dans leur rapport la possibilité que les germes morbides provinssent de la tannerie ou de la crinerie de cheval du village, la mégisserie, elle, travaillant exclusivement des peaux indigènes d'animaux sains. Quant au crin de cheval, il arrivait de l'étranger, principalement de l'Amérique du Sud et de la Russie où le charbon est assez répandu parmi les chevaux.

Relativement à la répartition des cas de charbon dans la localité, voici ce que l'enquête a appris : l'étable la plus voisine de la fabrique en a compté 4 cas ; 4 autres se sont produits chez des propriétaires dont les prairies peuvent être directement infectées par les poussières de la

Digitized by Google

fabrique ; 2 cas ont eu lieu dans l'étable d'un ouvrier de la fabrique, 1 autre cas chez l'un de ses propriétaires, 2 chez le charretier des produits bruts; en outre, on a noté 1 cas de charbon utérin, peu après le vêlage, chez une vache dont le cordon avait été lié avec des crins de cheval brut. Restait à faire la preuve expérimentale que les matières ouvrées dans la crinerie constituaient bien le foyer d'infection. Le crin reçu en ballots du poids de 1 quintal à plusieurs quintaux, après avoir été épousseté, puis lavé à l'eau tiède, est travaillé sans avoir subi de désinfection. Après que Wolfensberger eut vainement cherché à découvrir des germes charbonneux soit dans le crin brut, soit dans la chambre à poussières, soit dans les eaux de lavage, Silberschmidt a réussi à inoculer le charbon à deux souris blanches sur 4 ; des 2 autres, l'une est restée vivante, l'autre a succombé à l'œdème malin. La désinfection des étables avec le sublimé au deux-millième s'est montrée très efficace, mais a donné lieu à quelques intoxications graves.

III. — En 1894, il survint coup sur coup, à Vienne, plusieurs cas de charbon chez des ouvriers en crins. L'Institut d'hygiène a proposé les mesures préventives suivantes:

Pour les matières premières, de provenance indigène, exécution rigoureuse des prescriptions de la police vétérinaire. Pour celles provenant de l'étranger, avant tout travail, désinfection avec la vapeur condensée à 100° ou les vapeurs de formaline à 40 0/0. Masques respirateurs pour les ouvriers chargés de nettoyer les matières brutes. Aspiration énergique des poussières. Instruire les ouvriers sur le danger des lésions tégumentaires les plus insignifiantes, dans leur profession.

IV. — Cléjoulx relate 5 cas de pustule maligne observés à Nantes sur des ouvriers et ouvrières maniant les cuirs d'Amérique ou les laines de Bagdad; un seul s'est terminé fatalement. Il conclut de ses expériences à la possibilité de désinfecter les crins par la vapeur d'eau sous pression à la température de 110°.

V. — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur le décès d'un ouvrier de la manufacture de baleines de corne à Étain. Occupé à raboter des cornes de l'Inde, de l'Indo-Chine, de la Chine et de la Hongrie, il fut pris d'un œdème charbonneux des paupières, sans pustule maligne proprement dite. La nature de l'affection fut confirmée par des injections intrapéritonéales sur des cobayes. J. BEX.

MABILLE, Duany SOLER et TRONCHET. Note sur l'ivresse pétrolique (*Rev. d'hyg., XVIII, p. 201 et 249*).

Deux cas d'accidents ébrieux chez les déchargeurs d'un bateau-citerne rempli de pétrole. Ces hommes, placés sur le pont, à 1 mètre environ de l'ouverture de la cale, transvasaient le pétrole, à l'aide d'une pompe, dans des tonneaux placés sur le quai. Chaque jour, on ventilait les cales avant de commencer ; mais, à l'occasion du 14 juillet, il y eut deux jours de chômage pendant lesquels les cales ne furent pas aérées, d'où les phénomènes d'intoxication, consistant en agitation excessive, cris, gesticulations, titubation, suivis d'un sommeil profond avec amnésie au réveil.

J. BEX.

Digitized by Google

I. — A. GÄRTNER. Ueber einen neuen Rettungsapparat für Bergleute (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *n° 21*, *p. 1077*, *1er nov. 1896*).

II. — Discussion de la Réunion des naturalistes allemands (*Ibid.*).

I. — 91 pour cent des mineurs victimes d'accidents sont asphyxiés par une explosion de grisou et cela en général à distance du lieu où elle s'est produite, et non par manque d'oxygène, mais par l'oxyde de carbone. D'après ces considérations, G. a imaginé un appareil de sauvetage qu'il appelle le pneumatophore, sac rectangulaire d'étoffe imperméable aux gaz.

Ce sac contient une bouteille en fer, renfermant de l'oxygène comprimé et un flacon de verre renfermant de la soude caustique à 25 0/0. Ces deux récipients peuvent être ouverts de l'extérieur de manière à vider leur contenu dans le sac. Quand il y a danger d'asphyxie, on fait écouler l'alcali dans le sac dont la doublure de futaine s'en imprègne ; on ouvre le récipient d'oxygène et l'on applique la bouche sur le tuyau qu'on maintient exactement. De cette manière, l'acide carbonique expiré dans le sac est absorbé par la soude caustique.

L'instrument très simple peut fonctionner en quelques secondes, peut rester des années toujours prêt à servir ; il n'est pas facile à détériorier, et ne pèse que $4^{kg},500$. Au repos, la quantité d'oxygène suffit pour respirer une heure.

II. — Rössner a fait dans différentes mines des expériences pratiques avec le pneumatophore ; des mineurs qui en étaient pourvus, pouvaient pénétrer dans des endroits remplis de gaz irrespirables ; ils pouvaient y travailler soixante minutes. J. BEX.

SCHLECHT. Ueber Gesundheitsgefahren..... der Arbeiter in Thomasschlackenmühlen..... (*Deut. Viertelj. f. öffentl. Gesund.*, *XXVIII*, *p. 342*, *1896*).

La poudre des scories de déphosphoration se compose essentiellement de 50 0/0 de chaux dont 20 0/0 de chaux caustique; de 17 0/0 d'acide phosphorique, de 12 0/0 d'oxydes de fer et de 7 0/0 d'acide silicique. La fabrique d'Euskirchen où Schlecht a fait ses observations, a compté, en 1890 et 1891, sur un chiffre moyen de 30 ouvriers, 7 cas de pneumonies, rapidement mortelles après une évolution spéciale. La gêne respiratoire était tout de suite très grande; l'expectoration nulle ou insignifiante et jaune ocre; la faiblesse cardiaque était immédiate; la fièvre modérée mais le pouls très accéléré; le délire violent du début fit place au sopor et la mort survint au plus tard le 5e jour par paralysie cardiaque. Malgré les signes physiques locaux, les malades offraient plutôt les symptômes d'une grave intoxication que d'une pneumonie franche. Schlecht n'a pas trouvé de pneumocoques dans les crachats ni pratiqué d'autopsie. Dans les 2 cas où l'urine a été examinée, elle contenait de l'albumine. Les cas se présentèrent par séries sur des hommes jeunes, robustes, sans antécédents morbides ni excès, occupés depuis peu dans l'établissement (3 semaines au plus).

Au voisinage de la fabrique d'engrais, il était impossible, vu la quantité de poussières, d'ouvrir les fenêtres des logements ni d'étendre de

Digitized by Google

linge au dehors. Le vernis noir des tuiles était corrodé, la végétation misérable; les feuilles des quelques arbres fruitiers survivant étaient comme brûlées et de teinte jaune brunâtre; les plantes potagères étaient moins atteintes que les arbres.

En 3 mois, on recueillit dans la chambre à poussières, 600 quintaux de matière pulvérulente.

Durant 2 ans, Sch. a fait régulièrement tous les deux ou trois mois l'examen sanitaire de tous les ouvriers. Il a constaté qu'aucun d'eux n'avait les organes respiratoires parfaitement sains; tous avaient plus ou moins du catarrhe du nez, du pharynx nasal, du larynx, mais surtout du catarrhe chronique des bronches et de l'emphysème; tous offraient de la pâleur des téguments et des muqueuses, malgré leur état excellent d'embonpoint. Il n'a vu ni ophtalmies, ni dermatoses, ni aucun cas de tuberculose, même chez un ouvrier dont le frère et la sœur étaient morts phtisiques et qui avait lui-même de la matité des sommets, laquelle disparut après cessation du métier. Sch. en conclut que si elle n'exclut pas la tuberculose pulmonaire, l'inhalation des poussières de scories de Thomas n'en favorise certainement pas l'éclosion.

En 1892, des améliorations importantes furent apportées aux appareils de fabrication : mouture en appareils hermétiquement clos et aspiration des poussières. Dès lors, on n'a noté qu'un seul cas de pneumonie ne se différenciant en rien de la pneumonie classique, avec pneumocoques dans les crachats et terminaison favorable; le malade travaillait depuis 3 ans dans la fabrique.

Sch. est d'avis qu'il s'agit d'une intoxication et non d'une action caustique spéciale. Il ignore le mémoire d'Attimont (*R. S. M.* XLVII, 537) qui établit comme Enderlen, et contrairement à Ehrhardt, Villaret et Loeb, l'existence des pneumocoques chez les malades. Dans l'analyse du travail d'Attimont, on lira le port de *Memel* au lieu de celui de *Nîmes*, imprimé par erreur. J. BEX.

Blei-Erkrankung und deren Verhütung in den Akkumulatoren-Werken Berlin und Charlottenburg (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 806*).

En 1894, sur les 85 ouvriers occupés dans les fabriques d'accumulateurs de Berlin et Charlottenbourg, 12 ont été pris de coliques saturnines aiguës.

Dans l'atelier de moulage, l'atmosphère renferme, par mètre cube, à la hauteur des têtes, 98 milligrammes d'acide sulfurique. Le service d'inspection des manufactures et les directeurs des usines se sont mis d'accord sur les mesures suivantes destinées à protéger la santé des ouvriers :

Le sol des ateliers doit être parfaitement jointoyé, nettoyé toujours par voie humide, et autant que possible, ne jamais être laissé sec pour empêcher la dissémination des poussières d'oxyde de plomb qui y tombent. Au-dessus des récipients servant à fondre le plomb, doit être installée une hotte aboutissant à l'air libre ou dans une cheminée et dotée d'un puissant tirage. Pour préparer la soudure, on n'emploiera que des produits ne contenant pas d'arsenic. Le minium et la litharge reçus en barils ou caisses, doivent être remisés dans un local spécial, sur un grillage, de manière que les oxydes répandus en vidant les récipients tombent non sur

Digitized by Google

le sol mais dans un récipient disposé au-dessous de la grille. Le mélange des oxydes de plomb avec les acides, la benzine, l'alcool, etc., doit être effectué dans des mélangeurs hermétiquement clos ou, à défaut, sous une hotte d'appel. Les ouvriers chargés de cette besogne porteront un masque respirateur ou une éponge buccale. Le patron doit pourvoir tout ouvrier en contact avec le plomb ou avec ses dérivés de vêtements de travail en tissu serré, recouvrant complètement le corps, ainsi que d'une casquette. Il doit munir de gants en caoutchouc les ouvriers qui manipulent les oxydes à l'état pâteux ; ces ouvriers ne doivent pas être chargés de ce travail plus de douze heures sur quarante-huit. Les ateliers de moulage ou de chargement doivent être aérés par un ventilateur puissant de façon à aspirer par en bas l'atmosphère viciée par l'hydrogène et l'acide sulfurique et à introduire près du plafond l'air frais. Le patron remettra la surveillance de l'état sanitaire de son personnel à un médecin dont il fera connaître le nom à l'inspecteur des fabriques. Ce médecin examinera, une fois par mois, les graisseurs et soudeurs ; tous les deux mois les autres ouvriers et signalera au patron les cas de saturnisme. Pour le surplus, on fera bien d'appliquer les mesures préventives en usage dans les fabriques de couleurs de plomb, particulièrement en ce qui touche aux vêtements de travail, à l'installation de lavabos et vestiaires, de bains, d'un registre des malades. Il serait utile de donner aux ouvriers du lait comme boisson et d'ajouter à la dernière eau de lavage un peu de foie de soufre qui révèlera aussitôt la persistance de composés plombiques sur la peau et incitera l'amour-propre des ouvriers à se nettoyer soigneusement. J. B.

I. — LE ROY DES BARRES. Au sujet de l'industrie du secrétage et de la pelleterie (*Trav. Cons. salubr Seine, II, n° 13, p. 208*).

II. — JUNGFLEISCH. Même titre (*Ibid., n° 14, p. 235*).

I. — Jusqu'ici les divers moyens proposés par Hillairet, Delpech, Vernois, Bergeron, d'Argelos, Burg, etc., pour remplacer le nitrate de mercure dans le secrétage des poils pour chapeaux ont échoué ; cependant Le Roy des Barres et Sabouraud ont trouvé que tous ces procédés déterminaient des altérations histologiques semblables des poils. Le procédé Eurekà de Lussigny, qui fait l'objet du rapport actuel, est fondé sur l'emploi de la potasse caustique.

De ses examens de poils sécrétés ou non, Sabouraud conclut : Les manœuvres de secrétage, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, ont pour premier résultat de dissocier légèrement les cellules corticales, emboîtées, du poil, par un véritable clivage, de façon qu'elles demeurent en place, mais que l'écrasement et la compression les dissocieront beaucoup plus complètement ; pour résultat accessoire, de modifier la couleur et la disposition du pigment ; de plus, quand on presse tant soit peu les poils secrétés entre les deux lamelles de la préparation, celle-ci se remplit de débris dissociés de la cuticule et de la couche corticale ; c'est une manœuvre que le feutrage doit reproduire.

Sabouraud croit que l'assouplissement du poil est vraiment le plus gros résultat du secrétage et que le clivage des cellules corticales est plus secondaire.

Digitized by Google

En résumé, selon lui, le secrétage des poils a pour effets de ramollir et d'assouplir le poil en clivant légèrement ses bords. Le feutrage ensuite doit augmenter et parfaire le clivage préparé ainsi. Toutes les bases fortes, potasse, ammoniaque, produisent des effets semblables indifférenciables sous le microscope et, en histopathologie, pour examiner des poils malades, on les dissocie toujours par des solutions de potasse caustique, par un véritable secrétage.

II. — Des expériences variées faites dans le laboratoire de Jungfleisch tendent au contraire à donner au soulèvement des écailles des poils un rôle important dans le feutrage, principalement au point de vue de la solidité du feutre. On sait d'ailleurs, depuis fort longtemps, que les poils de castor, qui se feutrent sans secrétage préalable, sont des poils à couche corticale soulevée en écailles. J. BEX.

BRISSAUD. L'hygiène des asthmatiques (*Paris, 1896*).

« L'asthme vrai est une pure névrose, comme l'avait soutenu Avicenne ; il ne sera question ici que de celui-là, car l'hygiène thérapeutique de l'asthme n'ayant d'unité qu'autant qu'elle vise une condition morbide définie, ses lois ne sont pas applicables aux pseudo-asthmes accidentels, syndromes variables et disparates. »

Le problème étant ainsi posé, Brissaud étudie d'une façon complète la crise d'asthme typique avec la dyspnée et le trouble vaso-sécrétoire ; puis il apprécie l'influence hygiénique de l'hydrothérapie et des exercices physiques.

Voici ensuite l'hygiène prophylactique spéciale de l'asthme essentiel typique et la prophylaxie antispasmodique en général dans l'asthme essentiel. Plus loin, l'asthme symptomatique en général, l'asthme nasal, l'asthme sternutant, l'asthme symptomatique des lésions viscérales, l'asthme d'origine hématique, l'asthme psychique, les formes irrégulières, les rapports de l'asthme et de la tuberculose, l'asthme des foins ; enfin l'asthme infantile et ses conséquences.

Tous ces chapitres méritent d'être lus ; la plume alerte et élégante de Brissaud les a rendus singulièrement attachants. L'ouvrage sera utile aux médecins et aux malades. L. GALLIARD.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

G. DIEULAFOY. Manuel de pathologie interne (*10e édit., 4 vol. in-12, Paris, 1897*).

Ce manuel, qui a vu se succéder sans interruption dix éditions, est devenu peu à peu, par les additions et remaniements successifs, un véri-

Digitized by Google

table traité fort complet, fort au courant des dernières acquisitions de la science, et qui doit, de ce fait, être signalé d'une façon particulière.

Il est devenu l'ouvrage le plus en faveur parmi les étudiants français. Les modifications apportées au texte l'ont fait passer de deux volumes à trois, puis à quatre. Parmi ces additions, signalons celles relatives au brightisme, à la fièvre typhoïde, à l'appendicite, à la tuberculose larvée des amygdales, etc...

La clarté, la précision, l'élégance du style font de cet ouvrage, au début, fort modeste, une œuvre magistrale ; le succès qu'il a eu auprès des lecteurs en est la meilleure preuve. A. CARTAZ.

F. RAYMOND. Clinique des maladies du système nerveux (*1 vol., Paris, 1897*).

Cet ouvrage, le second de la série, comprend 35 leçons professées à la Salpêtrière pendant l'année 1895-96, et forme un gros volume de 760 pages dont la moitié est consacrée aux polynévrites. Elles y sont traitées d'une façon très complète et tout à fait didactique et historique, conformément au programme même de l'auteur qui est de « poursuivre la solution de ces problèmes (de pathologie nerveuse) en faisant appel, dans la plus large mesure possible, aux travaux d'autrui sans rien abandonner de ses opinions personnelles ». Le côté clinique se trouve ainsi mis un peu au second plan et les observations des malades ne sont plus guère qu'un point de départ, une occasion de leçon.

C'est donc surtout par leur caractère encyclopédique que se recommandent ces leçons qu'il est impossible d'analyser ici. En outre des polynévrites la seconde moitié du volume est consacrée à des leçons plus essentiellement cliniques sur des cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, de poliomyélite aiguë de l'adulte, d'atrophie musculaire progressive myélopathique, d'hématomyélie du renflement cervical, de syphilis héréditaire de la moelle à forme amyotrophique, qui paraît être le premier cas connu de syringomyélie ; sur des cas intéressants d'hémianesthésie alterne et d'hémiplégie alterne, et enfin à l'exposé très complet de la méthode de traitement de l'incoordination motrice du tabes d'après Frenkel, ainsi que des troubles psychopathiques de la miction qui ont fait autrefois l'objet de la thèse de J. Jouet. Quelques figures d'anatomie pathologique et d'attitudes de malades complètent ce volume. P. S.

Gilbert BALLET. Leçons de clinique médicale : psychoses et affections nerveuses (*1 vol., Paris, 1897*).

Cet ouvrage comprend quelques-unes des leçons professées pendant l'hiver 1895-96 à l'hôpital Saint-Antoine, auxquelles l'auteur a joint quelques autres, faites antérieurement.

Essentiellement cliniques, ces leçons très claires, où se sent l'unique préoccupation du fait et de l'observation rigoureuse, sans souci des formules arrêtées, ni d'une érudition inutile, ont pour la plupart un cachet absolument personnel et original. A ce titre, il faut signaler en première ligne les pages consacrées aux persécutés auto-accusateurs, variété clinique que l'auteur a mise en évidence, montrant ainsi qu'entre les mélancoli-

Digitized by Google

ques qui s'accusent toujours et les persécutés qui sont des victimes, il y a un type de transition où le persécuté se croit une victime, mais de plus se croit coupable ; puis des leçons sur les psychoses puerpérales où B. montre que les vésanies de la grossesse et des suites sont très différentes les unes des autres par leur physionomie, leur nature, leur pathogénie, et qu'il n'y a pas *une* folie puerpérale, mais *des* folies puerpérales. Puis vient un cas d'hyperamnésie avec exagération pathologique de la représentation mentale, cas rare, qui a pu être suivi pendant longtemps et qui a fini par aboutir au délire de persécution et au tabes.

Les troubles oculaires dans la paralysie générale font l'objet d'une leçon dont la conclusion est que le vrai trouble oculaire de cette affection est l'ophtalmoplégie interne graduelle et progressive. La douzième leçon est consacrée à un malade hystérique anesthésique, atteint de goitre exophtalmique, chez lequel on provoquait le sommeil par l'occlusion des yeux et des oreilles. L'auteur conclut qu'il s'agit là d'un profond sommeil léthargique non différent de la léthargie classique telle qu'on la rencontre dans le grand hypnotisme. L'acroparesthésie, peu connue encore en France, fait l'objet de la quinzième leçon. A signaler également un cas des plus intéressants (Leç. XVII) de surdité verbale urémique et de migraine ophtalmoplégique (Leç. XVIII), et deux leçons sur les paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial. L'ouvrage se termine par les recherches de l'auteur sur les myélites infectieuses expérimentales, où il montre que les paralysies infectieuses expérimentales dépendent de lésions médullaires. Les causes ordinaires des myélites doivent passer au second plan. Elles ne font que déterminer la localisation de l'infection sur la moelle. P. S.

Charlton BASTIAN. Problems in connexion with aphasia and other speech defects (*The Lancet, 3 avril et suiv. 1897*).

L'auteur étudie les relations fonctionnelles des quatre centres corticaux du langage. Il estime que l'importance attachée aux fonctions du centre de Broca n'est pas justifiée par les faits ; que bien des troubles qu'on a supposé devoir résulter de sa destruction ne s'observent pas d'une manière constante, et enfin que son fonctionnement n'est pas indépendant des autres centres. Quant à « l'aphasie sensorielle » de Wernicke, elle n'a point droit à une existence indépendante : en réalité elle comprend diverses choses de conditions absolument dictinctes.

Il existe un certain degré de substitution fonctionnelle entre les centres visuels et auditifs pour la production du langage et de l'écriture ; et de plus, il est probable que les deux centres auditifs des deux hémisphères agissent ordinairement sur le centre de Broca pour la production du langage. P. MAUBRAC.

Byrom BRAMWELL. Illustrative cases of aphasia (*The Lancet, 20 mars et suiv. 1897*).

B. B. relate 12 observations très étudiées d'aphasie, et arrive à conclure :

Digitized by Google

L'hémisphère droit doit être regardé comme formant une partie active du mécanisme cérébral de la parole ; en d'autres termes, les centres du langage et la faculté du langage sont représentés dans chaque hémisphère : cela est surtout évident pour le centre auditif, mais c'est encore très vraisemblablement exact pour le centre visuel et le centre vocal moteur. De ce qu'une aphasie complète, à quelque forme qu'elle se rattache, résulte de la destruction du centre correspondant dans l'hémisphère gauche, il n'en découle pas nécessairement, qu'à l'état de santé, le centre correspondant de l'hémisphère droit soit inerte et inactif, en ce qui touche la fonction du langage. Cette aphasie indique seulement que le centre de l'hémisphère gauche qui a été détruit, et dont la destruction a entraîné la surdité verbale, la cécité verbale ou l'aphasie vocale motrice, était, en l'état de santé du patient, le centre actif et principal de cette forme du langage et que le centre correspondant de l'hémisphère droit était dans le cas particulier — et c'est la condition ordinaire — incapable d'assurer à lui seul et immédiatement la fonction du langage, qui fut perdue dès que le centre qui l'assurait habituellement fut détruit. Mais cela ne démontre pas que le centre correspondant de l'hémisphère droit est inerte et inactif, et ne joue aucun rôle dans les fonctions du langage. Dans quelques cas, le centre auditif en particulier, et probablement aussi les autres centres du langage (visuel et moteur vocal) sont assez éduqués et assez actifs, pour suppléer aussitôt le centre brusquement détruit de l'hémisphère gauche.

D'après les faits qu'il a observés, B. B. pense que l'excitation nerveuse qui détermine l'acte d'écrire passe directement du centre visuel du langage au centre graphique, et non point, comme on le suppose ordinairement, indirectement par le centre moteur vocal.

D'autres observations semblent prouver que le centre de la surdité verbale de l'hémisphère droit peut entrer en action, et son action se transmet directement au centre moteur vocal de l'hémisphère gauche. Si le centre auditif droit est capable de suppléer le centre de la surdité verbale gauche aussitôt après que ce dernier a été détruit, il est à présumer que l'excitation nerveuse passe par le centre moteur vocal gauche, et non point à travers la circonvolution de Broca de l'hémisphère droit, puisque la circonvolution de Broca du côté droit ne peut suppléer celle du côté gauche qu'après une éducation longue et laborieuse. P. MAUBRAC.

Stephen PAGET. Voracious hunger, etc. (Faim et soif dévorantes dans les affections du cerveau) (*The Lancet, p. 523, 20 fev. 1897*).

S. Paget a réuni 14 cas, qui tendent à prouver l'existence de centres spéciaux pour la faim et la soif. Ces centres sont situés près du centre de la parole, probablement dans l'extrémité antérieure du lobe temporo-sphénoïdal, près du *gyrus uncinatus*.

Quatre de ces malades avaient reçu un coup violent sur le front ; deux avaient été frappés sur un côté de la tête, deux étaient tombés sur la partie postérieure de la tête, deux présentaient les signes d'une fracture de la base, et un dernier, dans une chute, était tombé sur le sol dans la position assise. Enfin on notait pour les 3 derniers malades un abcès du lobe temporo-sphénoïdal, un kyste suppuré de ce même lobe et une embolie de l'hémisphère gauche.

Digitized by Google

Huit de ces 14 malades avaient un appétit vorace, mais sans soif exagérée; trois avaient une faim et une soif intenses, et trois une soif intense sans faim exagérée.

Bien que dans neuf cas l'affection cérébrale ait été mortelle, il est certain que les centres de la faim et de la soif ne sont pas situés dans le voisinage immédiat des centres vitaux; trois malades avaient de l'aphasie, et il est probable que ces centres sont voisins des centres du langage et en connexion avec le centre olfactif. Ces besoins voraces se calment en règle générale au bout de quelques semaines, quelquefois de plusieurs mois. P. MAUBRAC.

I. — BAUDOUIN. La parole en miroir (*Progrès méd., 28 nov. 1896*).

II. — GRASSET. Idem (*Ibid., 5 déc. 1896*).

I. — B. relate une intéressante observation publiée dans la thèse de Mariotte (De l'hémicraniectomie temporaire, *Thèse de Paris*, 1896).

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, paraissant avoir un abcès cérébral, suite d'otite, et qui fut trépanée *in extremis*. Il y eut amélioration, mais l'aphasie persista et l'enfant se mit à prononcer des phrases incompréhensibles : *Te-tan-ma. Le-quil-tran-ser-lais-me-vous-lez-vous.*

On ne pouvait la comprendre; on eut l'idée d'écrire les phrases et on reconnut que les phrases étaient correctes, mais qu'il y avait inversion complète des syllabes : *Ma tante. Voulez-vous me laisser tranquille.* Ce trouble a persisté cinq semaines. La guérison est complète.

II. — G. a observé, il y a 10 ans, une femme atteinte d'hystérie qui présentait le même symptôme. Seulement, au lieu d'opérer le renversement syllabique, elle opérait dans chaque mot le renversement littéral, p. ex. : *Luap Reuor*, ce qui signifiait Paul Rouet (le nom de son médecin). La malade est devenue plus tard aliénée. A. C.

WIDAL et MARINESCO. Paralysie bulbaire asthénique descendante, avec autopsie, syndrome d'Erb (*Soc. méd. des hôp., 9 avril 1897*).

Sur un malade ayant présenté les symptômes typiques de la paralysie bulbaire asthénique, et dont l'affection évolua en 4 semaines, les auteurs trouvèrent des lésions dans les noyaux des nerfs moteurs oculaires, commun et externe, du facial, de l'hypoglosse, du spinal, de la substance grise antérieure, ainsi que dans les nerfs émanant de ces noyaux.

Les lésions des cellules des centres nerveux consistent essentiellement dans la désintégration des éléments chromatophiles.

Dans les nerfs, on voyait des fibres à myéline dégénérée. Il n'existait aucune altération périvasculaire, aucune réaction inflammatoire interstitielle. H. L.

H. SCHLESINGER. Bulbäre Symptomen mit acutem und subacutem Beginne (Syndromes bulbaires à début aigu et subaigu) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXX.; suppl., p. 50*).

S. insiste sur les syndromes bulbaires aigus ou subaigus consécutifs aux affections de la moelle. Celles-ci semblent agir en modifiant les conditions circulatoires au niveau du bulbe et en produisant de l'œdème. C'est

Digitized by Google

là une forme de pseudoparalysie bulbaire qu'il rapproche des formes cérébrales et névritiques. S. signale un cas jusqu'ici unique de paralysie à la suite d'un abaissement brusque de la pression atmosphérique. Il rapporte une observation montrant à quel point l'hystérie peut simuler les accidents bulbaires avec lésions réelles et intenses. Dans ce fait la guérison complète et rapide obtenue par la faradisation fit seule rectifier le diagnostic primitif. A.-F. PLICQUE.

BRISSAUD et LANTZENBERG. Le syndrome bulbaire d'Erb (*Arch. gén. de méd., mars 1897*).

1° Un homme de 41 ans a noté, depuis le mois de mars 1894, un amaigrissement notable ; il entre à l'hôpital en décembre 1895. On note la fixité des traits ; l'occlusion incomplète de l'œil droit, la faiblesse de l'orbiculaire des paupières, qui ne peuvent non plus se relever complètement ; la langue atrophiée, surtout à droite ; elle ne peut s'élever, ni se mettre en gouttière ; diplopie passagère. Les muscles sterno-cléido-mastoïdien sont atrophiés. de même les trapèzes, surtout celui de gauche. Tous les muscles du membre supérieur droit sont diminués de volume, sauf le long supinateur ; de même du côté gauche. Les membres inférieurs sont aussi diminués de volume dans leur ensemble.

En juin 1896, l'amaigrissement diffus est beaucoup moins marqué. Les muscles ont conservé leur excitabilité normale. Les explorations faites en octobre 1896 au point de vue de la réaction myasthénique sont négatives.

2° Chez un homme de 40 ans, diabétique, atteint de furonculose, Brissaud nota d'abord la faiblesse du bras droit, puis du bras gauche, puis des muscles du cou, le ptosis des paupières, la fatigue des cuisses, la diminution de la force des muscles masticateurs, avec raideur de la joue et des lèvres.

Les auteurs discutent la valeur du syndrome bulbaire d'Erb. S'agit-il d'une entité morbide distincte ? Il existe de nombreuses analogies entre le syndrome d'Erb et les polioencéphalomyélites, quoique l'on ne puisse aujourd'hui affirmer l'assimilation absolue. La distinction principale réside non dans le siège (puisque tous les muscles peuvent être atteints dans les deux affections), mais dans la nature des manifestations symptomatiques d'ordre musculaire. Dans le syndrome d'Erb, l'atrophie musculaire est absente ou rare et l'élément musculaire traduit sa souffrance par un trouble spécial de son fonctionnement, et non par l'atrophie. Brissaud considère qu'il existe des cas de transition entre la paralysie musculaire asthénique et les polioencéphalomyélites, et fait de la première une polioencéphalomyélite sans lésions connues. Les progrès de l'histologie permettront un jour de découvrir les lésions des cellules nerveuses. H. L.

P. MARIE et KALTWINKEL. Sur la fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau (*Soc. méd. des hôp., 9 avril 1897*).

Sur 50 hémiplégiques gauches et 50 hémiplégiques droits, le réflexe pharyngé était aboli chez 25, et diminué chez 14 des hémiplégiques gauches, aboli chez 2 et diminué chez 8 des droits. Le réflexe laryngé était aboli chez 11, diminué chez 18 des hémiplégiques gauches, aboli chez 1, diminué chez 2 des droits.

Digitized by Google

Sur 50 hémiplégiques gauches, 25 ont eu des troubles permanents de la parole, 16 autres des troubles passagers, ce qui s'explique non par l'aphonie, mais par une altération dans le fonctionnement mécanique de la parole, par une dysarthrie ou même une réelle anarthrie. H. L.

ABA. Étude clinique des troubles de la sensibilité générale, des sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale (*Thèse de Paris. 1897*).

Cette question est encore très obscure et la localisation cérébrale de la sensibilité générale, si tant est qu'il y en ait une spéciale, est encore à démontrer. L'auteur, s'appuyant sur 39 observations personnelles, constate que les troubles de la sensibilité, très rares dans les hémiplégies cérébrales en tant que phénomène persistant, sont, au contraire, fréquents au début dans les 24 ou 48 premières heures après l'ictus. Ils ne peuvent nullement être considérés comme symptômes d'hémiplégie, étant donné qu'ils constituent un phénomène essentiellement fugace et transitoire.

Les troubles de la sensibilité dans ces cas dépendraient non d'une perte de fonction des éléments nerveux détruits par la lésion, mais d'un acte inhibitoire exercé par ce qui reste de la partie lésée ou par les éléments nerveux avoisinant celle-ci. Une irritation partant de ce siège morbide se propage à distance plus ou moins grande, inhibant momentanément les fonctions des éléments nerveux servant à la sensibilité. Lorsque les troubles de sensibilité persistent longtemps après l'ictus, ce qui est rare, ils sont alors dus à une lésion du tiers postérieur de la partie postérieure de la capsule interne. P. S.

ASTIÉ. Le thorax en bateau de la syringomyélie (*Thèse de Paris, 1897*).

Parmi les troubles osseux que présentent les syringomyéliques, et en outre des déformations du squelette déjà étudiées chez ces malades, il existe parfois une dépression limitée du thorax, qui mérite le nom de « thorax en bateau ».

Il est caractérisé par une dépression de la partie supérieure de la paroi antérieure du thorax ; cette dépression se relève sur les parties latérales et les épaules semblent ainsi ramenées en avant ; elle siège toujours au-dessus de la ligne horizontale passant par le bord inférieur des grands pectoraux. Le thorax en bateau ne ressemble à aucun des thorax décrits jusqu'ici.

C'est un trouble trophique analogue à ceux qui frappent les autres parties du squelette dans la syringomyélie. Cette déformation ne provoque, d'ailleurs, aucun trouble viscéral fonctionnel, mais elle fournit un nouvel élément de diagnostic. P. S.

G. MARINESCO. Main succulente et atrophie musculaire dans la syringomyélie (*Thèse de Paris, 1897*).

Il existe, dans quelques cas de syringomyélie, au début de l'affection comme dans les stades tardifs, des troubles trophiques cutanés et vaso-

Digitized by Google

moteurs qui, associés à l'atrophie Aran-Duchenne qu'on rencontre chez les malades, donnent à la main un aspect et une forme toute spéciale, ce qui permet de la désigner sous le nom de main succulente.

Les troubles trophiques cutanés qui sont permanents consistent dans la tuméfaction de la face dorsale de la main, tuméfaction ayant probablement pour substratum anatomique une hyperplasie des éléments du tissu conjonctif sous-cutané. La peau elle-même ne paraît pas épaissie. Elle est lisse, luisante et unie. A ces troubles cutanés permanents s'ajoutent des troubles vaso-moteurs variables (cyanose, refroidissement, etc.) qui dépendent surtout de la température du milieu ambiant.

La main succulente a une valeur séméiologique analogue à celle des autres types (main type Morvan, chiromégalique, etc.) que l'on rencontre dans la syringomyélie. Elle permet, dans la plupart des cas, de diagnostiquer la gliose péri-épendymaire.

Les différents troubles trophiques et notamment l'atrophie musculaire que l'on constate dans la syringomyélie, dépendent de la localisation et de l'orientation du processus de gliose. C'est au niveau de la 1re dorsale et de la 8e cervicale que débute la lésion. Suivant qu'elle aura une marche ascendante ou descendante, l'atrophie musculaire sera plus ou moins prononcée aux membres supérieurs ou fera complètement défaut.

G. LYON.

PHILIPPE. Contribution à l'étude anatomique et clinique du tabes dorsalis (*Thèse de Paris, 1897*).

Le problème de la systématisation, ou pour mieux dire de la hiérarchisation des lésions tabétiques est toujours en discussion, et il en est à peu près de même de la physiologie pathologique des différents symptômes cliniques. Après avoir fait l'histoire critique des diverses formules histologiques déjà données, et avoir tracé la topographie de la nouvelle architecture des cordons postérieurs de la moelle telle qu'elle ressort des travaux récents faits avec la méthode des dégénérations secondaires de la moelle humaine, l'auteur aborde l'étude topographique des lésions du tabes médullaire sur des coupes transversales, d'où il ressort les conclusions suivantes : 1° Le tabes initial atteint d'abord le système radiculaire postérieur, depuis la racine jusqu'au cordon correspondant de la moelle. Les fibres moyennes de Singer et Münzer sont prises avec élection, et au niveau de la moelle (bandelettes externes) et au niveau des racines. Cet envahissement du système radiculaire postérieur, par zones successives, constitue la première étape anatomique du tabes. 2° Le tabes avancé est caractérisé par la destruction des zones endogènes descendantes (virgule de Schultze, bandelette périphérique dorso-lombaire, centre ovale de Flechsig, faisceau triangulaire médian du cône terminal), et des zones endogènes ascendantes (fibres commissurales). Cette destruction des zones endogènes constitue une deuxième étape anatomique du tabes. 3° La sclérose du cordon de Goll, si elle est, dans certains cas, le résultat d'une dégénération secondaire des fibres longues lombo-sacrées, peut aussi être produite par une lésion primitive, toute locale, au cours d'un tabes cervico-dorsal intense.

L'étude histologique du processus montre que le processus tabétique

Digitized by Google

consiste dans la lésion du tube nerveux tout entier (gaine de myéline et cylindraxe), sans participation de la cellule originelle. Cette lésion est, avant tout, une lésion primitive, quelle que soit la zone atteinte, endogène ou exogène, au niveau des racines comme au niveau des cordons postérieurs. Cette formule anatomo-pathalogique qui admet, non pas la lésion initiale et unique d'une seule région, mais bien la prise de plusieurs systèmes de fibres, s'accorderait mieux avec le polymorphisme des formes cliniques de l'ataxie locomotrice. Sept observations illustrent cet important travail. P. S.

KLIPPEL. Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes (*Arch. de neurol., avril 1897*).

Les troubles de l'odorat et du goût sont fréquents et multiples au cours du tabes, variant de l'abolition totale du sens à de la diminution partielle, hémilatérale, totale, à des perversions du sens, à des hyperesthésies, modifications des réflexes, etc...

Ces troubles reconnaissent pour cause soit une lésion des nerfs de la sensibilité spéciale, du glosso-pharyngien et de l'olfactif, soit une lésion des branches du trijumeau qui commandent la nutrition des muqueuses pituitaire et linguale, soit peut-être un trouble primitif du sens musculaire entraînant le dégoût. Ils s'associent toujours, lorsqu'ils sont très marqués, à d'autres troubles d'origine bulbaire. A. CARTAZ.

R. LANDENHEIMER. Paralytische Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankeit (Désordres mentaux paralytiques consécutifs au diabète sucré : pseudo-paralysie générale diabétique) (*Arch. f. Psychiatrie, XXIX, 2, p. 546*).

La coexistence du diabète et de la paralysie générale des aliénés s'observe quelquefois ; Oebecke, sur un nombre relativement faible de 47 paralytiques généraux, en a trouvé 3 qui étaient diabétiques. Il est vrai que la statistique de Kaes, qui comprend 1,412 cas de paralysie générale, n'en compte que 5 avec diabète.

L'intéressant était de savoir si dans ces cas-là il y a simple coïncidence ou rapport de filiation. Déjà, Marchal de Calvi, dans son ouvrage bien connu sur les accidents diabétiques (1864), avait admis l'existence d'une « paralysie diabétique ». Beaucoup plus récemment (1890), Charpentier a soutenu une doctrine qui consiste à représenter la paralysie générale comme la conséquence d'une intoxication chronique ; l'auto-intoxication diabétique figure parmi les intoxications qui, dans la pensée de Charpentier, peuvent engendrer la paralysie générale.

Pour montrer combien les faits qu'on pourrait être tenté d'invoquer à l'appui de cette doctrine sont le plus souvent d'une appréciation délicate, Landenheimer mentionne trois observations de troubles démentiels à forme de paralysie générale, avec diabète coïncidant ou antécédent.

Dans la première, une enquête minutieuse a révélé des antécédents d'alcoolisme et de syphilis. A la phase ultime, des désordres aphasiques croissants avaient fait soupçonner l'existence d'une lésion en foyer. L'autopsie a fait constater l'existence d'une tumeur carcinomateuse dans le lobe frontal gauche. Il y avait là de quoi expliquer, et les désordres démentiels, et la méliturie.

Digitized by Google

Dans la seconde observation, on se trouve en présence d'un luxe de circonstances étiologiques propres à rendre compte des désordres démentiels, qui impose la plus grande réserve, eu égard au jugement à porter sur les relations de ces désordres avec le diabète co-existant.

Chez le sujet de la troisième observation, les difficultés d'appréciation sont autrement grandes. Il s'agit d'un homme qui, diabétique depuis plus de vingt ans, a présenté, vers la quarantaine, une série de désordres mentaux qui, après l'avoir conduit à la ruine, l'ont fait échouer dans un asile. A ce moment, les caractères de la démence et les signes somatiques concomitants étaient bien ceux de la paralysie générale. Or, sous l'influence du régime antidiabétique on a constaté à la fois une diminution croissante et, finalement, la disparition complète de la glycosurie, ainsi qu'une amélioration progressive de l'état démentiel, équivalant à une rémission. Précédemment, un essai de régime antidiabétique avait déjà donné des résultats analogues.

Il semble donc qu'il se soit agi d'un cas de paralysie générale diabétique. Toutefois, l'auteur est d'avis qu'il est impossible de se prononcer dans ce sens, quand on n'est pas en possession des éléments d'appréciation fournis par l'autopsie du sujet. Voici d'ailleurs les conclusions qu'il a cru pouvoir tirer de l'examen critique des principaux faits de prétendue paralysie générale diabétique, publiés jusqu'à ce jour :

1° Il n'est pas démontré d'une façon sûre, que le diabète puisse engendrer la paralysie générale vraie ; dans les faits qu'on a invoqué à l'appui d'une semblable pathogénie, on n'a pas suffisamment tenu compte du rôle possible d'autres influences étiologiques, ou bien le contrôle d'une nécropsie manquait.

2° Dans des cas rares de diabète, on voit se constituer un complexus de troubles moteurs et des phénomènes d'affaiblissement intellectuel, qui offre une ressemblance parfaite avec le tableau de la démence paralytique. Jusqu'à ce qu'on soit fixé par des examens nécroscopiques sur la nature exacte du processus en cause, on peut provisoirement attribuer à ces cas la dénomination de pseudo-paralysie générale diabétique.

3° La nature spécifique (diabétique) des désordres démentiels qu'on observe en pareil cas et l'influence salutaire du régime anti-diabétique se trouvent démontrées d'une façon sûre par la 3° des observations publiées par l'auteur. E. RICKLIN.

W. KŒNIG. Ueber die « Formes frustes » des Hemispasmus glosso-labialis (*Archiv f. Psychiat., XXIX, 2, p. 381*).

Précédemment l'auteur avait attiré l'attention des neuro-pathologistes sur ce que l'hémispasme glosso-labial n'évolue pas toujours d'une façon typique, qu'il est susceptible de se présenter à l'état fruste. Les observations qu'il a faites, depuis lors, lui ont fourni la preuve que les formes frustes de l'hémispasme glosso-labial sont loin d'être rares, qu'elles diffèrent entre elles eu égard à l'expression clinique ; que souvent les deux moitiés de la face sont altérées ; que la branche motrice du trijumeau peut participer à l'hémispasme ; enfin que les formes frustes en question se rencontrent chez des personnes qui ne sont en rien hystériques.

A l'appui de ces assertions l'auteur publie 21 observations, suivies de conclusions dont nous croyons devoir citer les suivantes :

Les formes frustes de l'hémispasme glosso-labial doivent être consi-

Digitized by Google

dérées comme étant l'expression d'un trouble purement fonctionnel, qui peut être congénital.

Leur cause principale est l'hystérie ; elles sont susceptibles de subir le phénomène du transfert.

En dehors de l'hystérie on voit intervenir, comme facteurs étiologiques, l'alcoolisme, l'épilepsie, certaines affections cérébrales organiques; dans ce dernier cas, une question qui se pose est de savoir si l'hémispasme glosso-labial représente une complication purement fonctionnelle, ou si elle représente un spasme secondaire des muscles parétiques.

E. RICKLIN.

E. EGGER. Beitrag zur Lehre von der progressiven neuralen Muskelatrophie (*Arch. f. Psychiat.*, *XXIX*, *2*, *p. 401*).

L'auteur publie les observations de deux frères, appartenant à une famille exempte de toute tare neuropathique et qui ont été pris, l'un à l'âge de 33 ans l'autre à l'âge de 38 ans, des premiers symptômes d'une amyotrophie progressive, qu'il croit pouvoir rattacher à l'affection connue sous les noms de « type Charcot-Marie, d'atrophie musculaire progressive neurale de Hoffmann ».

Dans les deux cas, début par les membres inférieurs, par les muscles de la région antéro-externe; début par le côté droit; prédominance des symptômes à gauche. Le premier symptôme en date a consisté dans une parésie motrice qui a dégénéré en paralysie complète ; plus tard atrophie des muscles paralysés. Chez l'un des deux malades, la paralysie et l'atrophie se sont cantonnées dans les muscles des régions antéro-internes des deux jambes ; chez l'autre malade, il y a eu envahissement successif des muscles des mollets, des cuisses, du bassin, puis des petits muscles de la main, de ceux des avant-bras. Contractions fibrillaires fréquentes, dans les muscles paralysés et atrophiés.

Avec cette paralysie atrophique co-existaient un certain nombre de symptômes qui ressortissent au tableau clinique du *tabes dorsalis* : douleurs; sensations d'engourdissement et de fourmillements ; émoussement des sensibilités tactile et douloureuse, aux extrémités des membres, chez l'un des deux malades ; abolition des réflexes du tendon d'Achille, et diminution très prononcée des réflexes patellaires ; chez ce même malade, phénomène de Romberg, diminution, par places même abolition de l'excitabilité faradique et galvanique des nerfs et des muscles, dans les territoires affectés. Teinte cyanotique et refroidissement local, aux extrémités des membres ; strangurie et légère incontinence.

Au sujet de l'étiologie, l'auteur a fait remarquer que les deux malades avaient été exposés, de par leur profession, à l'intoxication saturnine, sans qu'on pût affirmer que ce facteur étiologique fût en cause chez eux.

L'auteur a ensuite passé en revue les diverses hypothèses qui ont été émises relativement à la pathogénie et au substratum anatomo-pathologique de l'atrophie musculaire progressive dite neurale ou neurotique. Il se rallie à la doctrine de Strümpell qui voit dans ces formes héréditaires de neuropathie l'expression d'une anomalie congénitale de structure du système nerveux. Cette anomalie implique une moindre capacité de résistance des organes qui composent le système nerveux, par suite de laquelle ces organes sont particulièrement vulnérables par certaines causes occasionnelles telles que les intoxications et les infections.

Digitized by Google

Circonstance curieuse, importante à noter : un des deux malades en question a été soumis à un traitement par des pastilles de thyroïdine. A la suite de cette cure et pendant que le malade était en observation dans le service d'Immermann, de Bâle, on a constaté une amélioration dans son état. Le signe de Romberg a disparu, ainsi que les sensations de paresthésie ; la démarche a gagné en assurance, et le malade a pu de nouveau travailler. Si, comme l'a prétendu Büchner, les extraits organiques produisent des effets salutaires en augmentant la capacité de résistance de l'organisme, l'amélioration constatée chez ce malade serait une confirmation des vues pathogéniques, émises par l'auteur.

E. RICKLIN.

GILLES DE LA TOURETTE.. Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques (*Soc. méd. des hôp., 9 avril 1897*).

S'appuyant sur une série de 20 hémiplégiques contracturés, dont 17 ont eu des atrophies, Gilles de la Tourette établit que l'atrophie musculaire est en relation constante avec une arthrite et se limite au territoire de l'articulation lésée ; qu'en l'absence d'arthrite elle fait défaut ; que les douleurs spontanées ou provoquées qui accompagnent l'amyotrophie sont localisées au niveau de l'arthrite. La cause réelle de l'arthrite résulte de l'immobilisation forcée à laquelle sont contraints du fait de la paralysie ou de la contracture, le membre ou les deux membres du côté malade.

P. Marie admet que, dans certains cas, l'amyotrophie est due à l'arthrite de voisinage, mais il maintient l'existence de l'amyotrophie de cause cérébrale.

H. L.

Jules SOURY. Les myoclonies (*Ann. méd. psychol., p. 399, mai 1897*).

Importante revue critique et historique sur la physiologie pathologique des myoclonies, à l'appui de laquelle l'auteur fournit deux observations. L'auteur se rattache à l'idée de Lugaro que la myoclonie n'est pas une affection essentielle du système nerveux : c'est un symptôme dont l'origine doit être cherchée et déterminée pour chaque cas spécial, car elle n'est que la manifestation d'un « état neuroclonique » des neurones soit moteurs corticaux, soit moteurs sous-corticaux, soit des protoneurones moteurs des cornes antérieures. Idées fixes, obsessions, hallucinations, impulsions, ne sont que des manifestations diverses fonctionnelles d'un même état élémentaire de la cellule nerveuse, de cet état neuroclonique des neurones dont la différence des fonctions physiologiques — motrices, sensitives ou sensorielles, associatives — résulte simplement de la diversité des connexions anatomiques.

P. S.

PATRY. De la chorée variable ou polymorphe (*Thèse de Paris, 1897*).

Sous ce nom l'auteur décrit, en s'appuyant sur six observations, une forme de chorée nouvelle sur laquelle Brissaud a le premier attiré l'attention. Ce n'est ni la chorée de Sydenham, ni la chorée d'Huntington. Elle évolue sur un terrain spécial chez des dégénérés, et elle est carac-

Digitized by Google

térisée par un symptôme qui lui est propre : la variabilité des mouvements choréiques, leur apparition et leur disparition presque aussi subites qu'inattendues. Elle présente une évolution fort longue, mais peut à la rigueur disparaître sans qu'il soit possible d'affirmer qu'elle ne reparaîtra pas. Les troubles d'ordre psychique qui l'accompagnent ne semblent pas devoir suivre une marche progressive comme ceux que présentent les malades atteints de chorée d'Huntington ; mais comme ils font plutôt partie intégrante de l'organisme dégénéré sur lequel évolue la névrose que du trouble moteur, il est encore difficile d'affirmer qu'ils ne peuvent aboutir à l'insanité et à la démence. P. S.

MOLLE. De la névralgie épicondylienne (*Loire méd.*, *15 oct. 1896*).

Depuis dix-huit mois, l'auteur a observé 10 cas de cette névralgie. Elle siège plus souvent à droite (9 cas sur 10) et est caractérisée par les symptômes suivants : douleur provoquée sur la face antérieure de l'épicondyle et sur le rebord antérieur de la cupule radiale ; contractions douloureuses des muscles extenseurs de l'avant-bras, dans les mouvements de préhension et d'extension. Ces accidents ont été observés sur des sujets chez lesquels ces mouvements étaient exécutés d'une façon répétée et forcée. Il s'agit, en un mot, d'une crampe professionnelle douloureuse.

OZENNE.

FÈRÉ. Note sur un cas de canitie rapide (*Progrès méd.*, *23 janv. 1897*).

Une femme de 32 ans, qui, à l'âge de 18 ans, avait été atteinte d'une crise intense d'hystérie, avec anorexie et refus des aliments, et avait eu, dix ans plus tard, une plaie de tête assez profonde dans la région temporale gauche, fut prise un jour d'un effroi disproportionné avec la cause. Le surlendemain de cette émotion, cette femme, qui avait déjà ses règles le jour de la peur, trouva une mèche blanche dans sa chevelure ; les cheveux d'ailleurs étaient restés normaux, n'étaient ni secs, ni fragiles ; la zone d'implantation mesurait environ 4 centimètres carrés ; la peau était normale ; la sensibilité était conservée et juste au centre se trouvait la cicatrice en V, vestige de la blessure antérieure. H. LEROUX.

WEISMAYR. Insufficienz der Aortenklappen ohne Gerausch (Insuffisance aortique sans souffle) (*Zeitschr. f. klin. Med.*, *XXXII; suppl.*, *p. 29*).

W. démontre l'existence possible d'insuffisance aortique sans la moindre trace de souffle diastolique. Cette absence de souffle diastolique tient en général à ce que l'aorte est peu remplie au moment de la systole (rétrécissement aortique, insuffisance mitrale concomitante, faible tension artérielle). Parfois cette absence de souffle semble tenir à la forme de la lésion et à la direction du reflux sanguin.

Inversement tous les signes fonctionnels de l'insuffisance aortique peuvent exister sans souffle et sans insuffisance anatomique. Ces cas dépendent de l'athérome et de la rigidité de l'aorte. A.-F. PLICQUE.

Digitized by Google

F. DE GRANDMAISON. L'exagération des réflexes patellaires et le clonus du pied chez les athéromateux (*Méd. moderne, p. 785, 23 déc. 1896*).

Sur 14 hommes athéromateux, 3 ne présentaient aucun trouble médullaire, les 11 autres avaient des réflexes patellaires manifestement exagérés, 4 d'entre eux avaient de la trémulation du pied, 3 une trépidation légère et les 3 derniers un clonus très marqué. Sur 12 femmes athéromateuses, 3 n'avaient pas de troubles spinaux, 9 avaient une exagération notable des réflexes rotuliens ; 5 de celles-ci avaient de la trémulation du pied, 1 de l'épilepsie spinale légère et 3 de la trépidation épileptoïde très accentuée. Ces constatations prouvent que la moelle est fréquemment atteinte chez les athéromateux. Il y a donc lieu de rechercher ses altérations au même titre que celles de l'encéphale.

GEORGES THIBIERGE.

A. FRÄNKEL. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Aortenaneurysmen (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 965, 26 oct. 1896*).

Sur 30 anévrismes aortiques que F. a traités dans ces dernières années, 6 se sont terminés par une perforation mortelle, soit à l'extérieur par les bronches ou par l'œsophage, soit à l'intérieur, dans la plèvre, le péricarde, les gros vaisseaux intrathoraciques (2 fois dans la veine cave).

4 genres de lésions pulmonaires peuvent compliquer les anévrismes de l'aorte : 1° la pneumonie franche ; 2° la pneumonie indurative ; 3° la gangrène ; 4° la tuberculose. F. a observé 2 fois une pneumonie fibrineuse gauche. La pneumonie franche comme la pneumonie indurative est la conséquence mécanique de la compression d'une bronche (la gauche habituellement) par l'anévrisme. Le rétrécissement bronchique s'accompagne d'un gonflement de la muqueuse qui se mortifie et s'ulcère ; les sécrétions provoquent plus bas, en vertu de leurs propriétés phlogogènes, une infiltration de petites cellules dans les parois bronchiques, infiltration qui se propage au parenchyme ambiant. La coexistence d'une pneumonie peut empêcher de diagnostiquer l'anévrisme dont les symptômes sont masqués et faire croire à une tumeur pulmonaire.

Les relations entre la tuberculose et l'anévrisme sont très contestées. Pour F. le rétrécissement bronchique déterminé par l'anévrisme est une cause prépondérante de tuberculose. Parmi ces 30 malades atteints d'anévrisme aortique, 11 étaient sûrement syphilitiques. Quant au traitement, F. rejette toutes les méthodes, telles que l'acupuncture et la galvanopuncture, qui agissent en introduisant un corps étranger dans le sac anévrismal ; il les considère comme dangereuses et préconise en revanche, à côté de l'iodure de potassium, les frictions mercurielles.

J. B.

MERKLEN. Asystolie et respiration de Cheyne Stokes (*Soc. méd. des hôp., 12 fév. 1897*).

L'auteur s'appuyant sur deux observations détaillées rejette la théorie urémique soutenue par Cuffer, et sans nier l'influence d'une élimination

Digitized by Google

rénale imparfaite, il regarde la respiration de Cheyne Stokes comme liée à l'asystolie; de plus elle a paru provoquée ou exagérée par le traitement digitalique, d'ailleurs efficace et utile à d'autres points de vue, tandis que la morphine en a diminué l'intensité et favorisé la disparition. H. L.

P. MARIE. Maladie de Basedow et goitre basedowifié; considérations cliniques et thérapeutiques (*Soc. méd. des hôp., 15 janv. 1897*).

L'auteur établit une différence entre les cas de maladie de Basedow où l'affection survient d'une manière brusque sous l'influence d'une émotion, où le goitre est secondaire aux palpitations, aux troubles nerveux, et les cas où le syndrome de Basedow se développe chez d'anciens goitreux; dans ces derniers cas on trouve souvent une dyspnée avec paroxysmes effrayants et une énorme sialorrhée; Marie croit à la possibilité de la compression des nerfs du cou par le goitre, ce sont les cas où l'intervention chirurgicale est utile; au contraire dans les cas de maladie de Basedow classique elle est désastreuse; de même le traitement thyroïdien, bon pour les basedowifiés, est mauvais pour les basedowiens. H. L.

Paul RICHE. Le goitre exophtalmique : interprétation nouvelle (*Thèse de Paris, 1897*).

C'est une conception nouvelle de la maladie de Basedow. Après avoir esquissé la symptomatologie de cette maladie et avoir rappelé toutes les théories pathogéniques émises jusqu'à ce jour, après en avoir examiné les signes cardinaux, l'auteur arrive à cette conclusion : 1° Les signes cardio-oculaires sont dus certainement à l'excitation du sympathique; 2° Les signes cervico-thyroïdiens sont dûs vraisemblablement à quelque chose d'analogue à un anévrisme cirsoïde. Or, d'une part il existe un point du sympathique cervical où l'excitation pourrait se concevoir par simple dilatation de l'artère thyroïdienne inférieure sans même qu'il y ait de frémissement, sorte de boutonnière du cordon sympathique formant l'anneau de Vieussens, et d'autre part il y a dans la pathologie thyroïdienne quelque chose qui rappelle l'anévrisme cirsoïde, et tous les auteurs ont comparé l'état des vaisseaux dans le goitre exophtalmique à un anévrisme cirsoïde.

Dès lors, l'excitation du sympathique cervical n'est qu'une complication qui peut surgir au cours de toutes les formes de goitres, surtout des formes vasculaires, au cours même des sarcomes du corps thyroïde. Les cas ainsi compliqués sont les goitres exophtalmiques. Le volume de la glande, ses connexions, sa sécrétion interne ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette complication. Si le goitre la détermine, c'est par les modifications qu'il amène dans le calibre et la circulation des artères thyroïdiennes inférieures.

Le syndrome basedowien n'étant qu'une complication d'une affection chirurgicale, ressortit donc à la chirurgie. P. S.

Justus SCHRAMM. Ein Fall von Carcinom des Ductus thoracicus mit Ascites chylosus (*Berlin. klin. Woch., n° 43, 26 oct. 1896*).

Les recherches bibliographiques de Bargebuhr (*Deutsches Arch. f.*

Digitized by Google

klin. Med., LI), remontant à 200 ans en arrière, ne lui ont fourni jusqu'à nos jours que 68 cas d'ascite chyliforme, dont 48 d'ascite chyleuse vraie et 20 d'ascite adipeuse. Le cancer du canal thoracique ne figure, dans la monographie de Bargebuhr, qu'une fois parmi les causes d'ascite chyleuse véritable ; c'est dans l'observation de Leydhecker (*Virchows Archiv*, CXXXIV), bien que celui-ci ait trouvé dans la littérature médicale 5 autres faits de cancer du canal thoracique (Cooper, Andral, Virchow, Weigert et Enzmann (*Beitraege pathol. Anat. zur des ductus thoracicus*, Thèse de Bâle, 1883). Le fait de Schramm serait donc le second dans lequel la dégénérescence maligne du canal thoracique se complique d'épanchement de chyle dans la cavité abdominale :

Ouvrière, âgée de 53 ans. Depuis quelques années, sujette à l'inappétence et à une sensation pénible de compression épigastrique après les repas; depuis l'été, émaciation et lassitude ; au milieu d'octobre 1895, tandis qu'elle avait beaucoup de peine à retenir sur une pente sa voiture à bras chargée, elle ressentit une douleur pongitive en travers du ventre ; au commencement de novembre, douleurs dorsales de plus en plus fortes qui, au bout de quelques semaines, l'obligèrent à s'aliter. État à l'entrée le 2 janvier 1896 : Apyrexie. Langue chargée. Développement du ventre en pointe ; 104 centimètres au niveau de l'ombilic. Sonorité tympanitique dans les lombes et sur les côtés de l'abdomen. Matité commençant à 3 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et s'étendant en ligne droite jusqu'à la symphyse ; fluctuation manifeste dans toute son étendue. Ni le foie ni la rate ne sont perceptibles. Rien à signaler du côté des organes génitaux, qu'un peu de rétroflexion de l'utérus. Pas de tumeur appréciable par le vagin. Urines normales. Le 15 janvier, dans un but diagnostique, incision sur la ligne blanche au-dessous de l'ombilic : évacuation de 16 litres d'un liquide laiteux, jaune blanchâtre. Le lendemain, anxiété extrême, fièvre, pouls à 140, petit; vomissements verdâtres, langue croûteuse. Mort dès la nuit suivante.

Autopsie : tumeur du pancréas. Le foie est traversé par des noyaux morbides. Derrière l'aorte, remonte, le long du rachis, un cordon dur, de la grosseur du doigt, présentant une série d'élargissements et d'étranglements alternatifs ; parti de la région de la 1re vertèbre lombaire, il s'élève jusqu'au confluent des veines sous-clavière et jugulaire gauches ; en ce dernier point, se voient des tumeurs grosses comme des noix, formées par des ganglions dégénérés qui se continuent sous le sternum et qui circonscrivent en même temps qu'ils comblent l'angle de réunion des deux veines. Le canal thoracique est entièrement obstrué par des thrombus, au niveau de ses épaississements. Le microscope révèle la nature carcinomateuse des masses morbides du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, des ganglions rétro-péritonéaux et des parois du canal thoracique. J. B.

TROISIER. Cancer du canal thoracique (*Soc. méd. des hôp.*, *26 fév. 1897*).

L'auteur rapporte trois cas de cancer du canal thoracique consécutifs, le premier à un cancer de la capsule surrénale gauche, avec propagation au rein, aux ganglions sus-aortiques et médiastinaux ; le second, à un cancer du corps de l'utérus avec dégénérescence des ganglions lombaires, sus-aortiques et médiastinaux ; le troisième, à un cancer de l'estomac avec dégénérescence des ganglions sus-aortiques et médiastinaux. Dans deux cas, il y avait un ganglion sus-claviculaire gauche ; dans un cas, il y en avait un à droite, comme à gauche.

L'envahissement du canal peut être total ou partiel ; il est transformé en un cordon dur, bosselé, grisâtre, et est obstrué par des bouchons cancéreux.

H. L.

Digitized by Google

Th. JANOWSKI. Sur l'espace semi-lunaire et ses altérations dans les épanchements (*Arch. russes de pathol., fév. 1897*).

1° Chez les pleurétiques, où la matité atteint l'angle de l'omoplate, on peut constater quelque diminution de la hauteur de l'espace semi-lunaire ; 2° Dans quelques cas de cette catégorie, mais plus souvent lorsque la matité atteint le milieu de l'omoplate, la diminution de la hauteur de l'espace de Traube est telle qu'on peut exclure, avec probabilité, la pneumonie; 3° Lorsque la matité dépasse l'épine de l'omoplate, la diminution est telle qu'on peut exclure sûrement la pneumonie. H. FRENKEL.

MAC COSH. A case of pulsating empyema (*Med. Record, 30 janv. 1897*).

Homme de 37 ans, ayant eu une pleurésie, une pneumonie et un abcès anal. Après cinq ans d'une bonne santé générale, il est pris de dyspnée en même temps qu'apparaît au-dessus du mamelon gauche, près de la clavicule, une tuméfaction pulsatile qui s'accroît progressivement. Une ponction exploratrice de la plèvre gauche ramène du pus renfermant des bacilles de Koch; inoculé à un cochon d'Inde, il provoque en deux mois une tuberculose généralisée. Traitement : ponction évacuatrice suivie d'irrigations pleurales d'eau salée chaude. Après une amélioration momentanée, l'état du malade s'aggrave. Mc C. conseille alors l'opération d'Estlander; le malade ne fut pas suivi.

CART.

SIREDEY et GROSJEAN. Un cas de pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedländer : broncho-pneumonie suivie de gangrène; mort (*Soc. méd. des hôp., 19 fév. 1897*).

Il s'agit d'un homme de 60 ans qui fut pris, le 1er janvier, d'une pleurésie aiguë, rapidement étendue à tout le côté droit; il a une expectoration légèrement pneumonique, mais qui ne contient pas de pneumocoques. On pratique le 11, puis le 14 janvier, deux ponctions qui amènent l'issue de quelques centaines de grammes d'un liquide louche, sans odeur. La fièvre persiste, l'état général devient mauvais, les crachats purulents. Le 10 février, la peau rougit; on retire 600 grammes de pus épais ayant une odeur fétide d'œufs pourris. L'examen du pus de la ponction montre l'existence de bacilles encapsulés de Friedlander, à l'état de pureté. A l'autopsie, on trouve 300 grammes de pus fétide dans la plèvre et plusieurs foyers de gangrène intra-pulmonaire dans le lobe inférieur. H. L.

NICHOLSON et LAWSON. A case of subphrenic pneumothorax ; recovery (*Brit. med. Journ., 24 oct. 1896*).

Homme de 26 ans, ayant eu la blennorrhagie en 1888, la dysenterie et la fièvre intermittente en 1891. Depuis un an il éprouve parfois de la douleur au côté droit; il n'a cessé son travail que depuis quelques semaines. Pas d'icètre, pas d'ascite.

A droite, en avant, voussure et tympanisme sans altération du murmure vésiculaire; la matité hépatique n'existe que sur un pouce de hauteur. Rien en arrière. Au bout de quelques jours on constate en bas du bruit d'airain et du bruit de succussion. On admet un pyopneumothorax. Ponction faite sans résultat.

Digitized by Google

Bientôt on remarque qu'en faisant asseoir le malade on augmente la matité hépatique (trois pouces), que le bruit de succussion se perçoit mieux en avant qu'en arrière, que le bruit d'airain n'est perçu qu'au dessous de la 5e côte. On admet donc une collection sous-diaphragmatique sans expliquer la provenance du pus et des gaz : pas d'ulcère de l'estomac, pas d'appendicite.

Le 7 mai 1895, Lawson taille un large lambeau demi-circulaire, résèque les 6e et 7e côtes, du côté droit, sur une étendue de 3 à 4 pouces. Il incise la plèvre et voit le poumon se rétracter. Ayant constaté l'intégrité de la plèvre et l'immense dome formé par le diaphragme, il suture la plèvre diaphragmatique à la plèvre costale, puis suture la peau; les fils sont enlevés le 11 mai.

Le 15 mai, incision de la peau au milieu du lambeau fixé; incision du diaphragme adhérent; évacuation d'une demi-pinte de pus fétide. Guérison le 20 août.

Quand on est assez heureux pour préciser un tel diagnostic, il est préférable d'éviter l'ouverture de la plèvre et de faire l'opération *en un seul temps.*

L. GALLIARD.

P. HAMPELN. Auswurf beim Lungencarcinom (Les crachats dans le cancer du poumon) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII, p. 247*).

En dehors des caractères classiques des crachats dans le cancer du poumon, H. indique un élément microscopique nouveau qui serait pathognomonique. Cet élément est la présence, fut-ce un seul jour, dans les crachats, de cellules sans pigment, polygonales, polymorphes, de grandeur variable avec contour du noyau et nucléole nets. Elles sont agglomérées en masses ou isolées. Elles constituent souvent la majeure partie des cellules des crachats. Dans toutes les autres affections pulmonaires on rencontre bien dans les crachats des globules blancs et rouges, des cellules d'épithélium pavimenteux ou à cils vibratiles. Mais toutes les cellules sont rondes ou ovales. Si par hasard elles sont polygonales elles sont fortement pigmentées.

Une planche fort intéressante reproduit les cellules de l'épithélium normal, les cellules dans l'irritation des bronches (tabac, anthracose), l'infarctus pulmonaire, la bronchite chronique, le poumon cardiaque, le cancer du poumon.

A.-F. PLICQUE.

WIDAL et MESLAY. Ulcère rond développé au cours d'une pyohémie à staphylocoques; de l'origine infectieuse de certains ulcères ronds perforants de l'estomac (*Soc. méd. des hôp., 12 mars 1897*).

Un homme de 30 ans, à la suite de l'incision d'un durillon sous-plantaire, est pris de phénomènes infectieux et entre, 20 jours après, en proie à une vive oppression avec cyanose et teint plombé, des râles abondants dans la poitrine, et des phlyctènes purulentes aux extrémités des membres, renfermant du staphylocoque doré à l'état de pureté. Le malade succombe 4 jours après, sans avoir eu de délire, ni douleurs à l'estomac, ni vomissements. Il avait eu une diarrhée abondante.

On trouva dans le péricarde un litre de pus, le myocarde ulcéré à sa face péricardique, et, en outre, de nombreuses lésions suppuratives, une ulcération de la petite courbure de la grandeur d'une pièce de 2 francs, taillée à pic, le fond était formé par le tissu cellulaire sous-péritonéal; tout autour, la muqueuse et la sous-muqueuse étaient œdématiées et vascularisées; quoique

Digitized by Google

sur les coupes on n'ait pas trouvé de staphylocoques, les auteurs admettent l'existence d'un petit abcès qui s'est ouvert dans l'estomac, et l'érosion s'est rapidement transformée en ulcère. H. L.

LE GENDRE. Ictère urobilinurique chronique (durant depuis douze ans) chez un jeune homme de 18 ans (*Soc. méd. des hôp.*, *2 avril 1897*).

Un jeune homme de 18 ans a vu, entre 5 et 6 ans, devenir jaunes ses conjonctives, puis tout le tégument ; depuis l'âge de 12 ans, l'ictère citron clair est devenu plus foncé, mais subit des variations notables suivant les saisons ; l'été il est plus accentué. Dans les urines on n'a jamais trouvé de bile, mais de l'urobilinurie ; le tempérament est arthritique, pas de tuberculose. Les selles sont foncées, parfois vertes ; depuis 2 ans, il accuse de la dyspepsie, avec constipation, langue saburrale, dilatation manifeste ; foie de volume normal.

Hayem, Galliard et Debove disent avoir vu des cas semblables. H. L.

RAMOND et FAITOUT. Angiocholécystite à bacilles d'Eberth (*Soc. de biol.*, *26 déc. 1896*).

Une fille de 30 ans, ayant eu, à l'âge de 24 ans, la fièvre typhoïde, et consécutivement des coliques hépatiques multiples, présente de l'ictère et de la fièvre sans décoloration des matières fécales. L'épreuve du séro-diagnostic est négative au point de vue de la dothiénentérie. La fièvre persistant, avec des vomissements et une déchéance progressive, on pratique la cholécystotomie : la vésicule contient de la bile séro-purulente avec nombreux bacilles d'Eberth, et 6 calculs durs, noirâtres, gros comme des noisettes, qui ne contiennent pas de microorganismes.

Le bacille d'Eberth a donc persisté pendant six ans dans les voies biliaires. Les calculs existaient peut-être dans la vésicule avant le début de la fièvre typhoïde. L. GALLIARD.

W. KAUSCH. Icterus mit Neuritis (*Zeitschr. für klin. Med.*, *XXXII*, *p. 310*).

La première observation est un type assez net de malade de Weill (début aigu, troubles nerveux et gastro-intestinaux, fièvre, ictère, gonflement du foie, néphrite, douleurs musculaires, récidive). Seul, le gonflement de la rate manque. Ici les douleurs des muscles existent surtout dans les mollets dès le début. Plus tard, paralysie presque complète des deux membres inférieurs, sensibilité sur le trajet du nerf jambier antérieur et du sciatique, diminution de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles sans abolition du réflexe rotulien. Guérison relativement rapide et complète.

La deuxième observation a trait à un buveur avec ictère débutant par des frissons, de la fièvre, de la céphalée, foie gros et sensible, trace d'albumine. Pas de récidive de l'ictère. Mêmes accidents nerveux beaucoup plus accentués et tenaces. Guérison finale.

La névrite est dans les deux cas certaine, on ne doit pas l'attribuer à l'intoxication biliaire. Ictère et névrite dépendent d'une même cause infectieuse. L'ictère seul, si accentué qu'il soit, ne donne jamais pareille complication. A.-F. PLICQUE.

Digitized by Google

LETULLE. Note sur 3 observations de cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique (*Soc. méd. des hôp.*, *5 fev. 1897*).

1° Un homme de 43 ans, alcoolique renforcé, succombe après une série de crises d'asystolie. On trouva une cirrhose hypertrophique pigmentaire avec gros foie brun roux, teinte briquetée de nombreux ganglions, pigmentation énorme de la thyroïde, des glandes salivaires, etc.

2° Un homme de 58 ans succombe à une grippe à forme typhoïde, terminée par une pneumonie ; on trouva par surprise un gros foie atteint de cirrhose hypertrophique pigmentaire, couleur chocolat, avec pigmentation du pancréas, de nombreux ganglions abdominaux. Cet homme n'était pas alcoolique et n'avait jamais eu de signes de diabète.

3° Un foie contenait un noyau cancéreux (cancer primitif), d'une couleur blanc jaunâtre, le reste du parenchyme avait une coloration chocolat, il était manifestement dur et cirrhotique ; les ganglions du hile étaient également gros et d'un brun foncé. Le malade porteur de ce cancer n'était pas pigmenté, pas de diabète ni d'alcoolisme.

L'examen histologique dans ce dernier cas montra les cellules cancérisées non pigmentées, tandis que les travées interstitielles et que les cellules hépatiques étaient gorgées de pigment ocre.

Letulle admet à côté des cirrhoses pigmentaires diabétiques, paludéennes, tuberculeuses, cancéreuses, l'existence de la cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique. H. L.

AUSCHER et LAPICQUE. A propos des pigments des cirrhoses pigmentaires, production expérimentale de l'un de ces pigments : la rubigine (pigment ocre) (*Soc. méd. des hôp.*, *12 fév. 1897*).

Le pigment ocre ou rubigine est une variété d'hydrate ferrique ; il n'est pas spécial aux cirrhoses du foie ; dans 7 autopsies (sur 54 cas d'individus non cirrhotiques) les auteurs l'ont trouvé dans la rate ; il s'agissait de 5 tuberculeux, d'un bronchitique, d'une plaie de l'abdomen. Ils ont pu produire expérimentalement la rubigine en injectant à des animaux (le chien par exemple), dans le tissu cellulaire ou dans les séreuses, du sang frais et aseptique d'un animal de même espèce. On trouve, un mois après, la rubigine sur l'épiploon, dans la rate, la moelle et les ganglions lymphatiques, puis le foie ; il n'y a pas d'élimination sensible, au moins pendant plusieurs mois. H. L.

L.-Z. KAHN. La régénération du foie dans les états pathologiques (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur étudie d'abord la régénération du tissu hépatique dans les kystes hydatiques du foie. Quatre observations personnelles montrent l'hypertrophie considérable du lobe gauche suppléant à la destruction du lobe droit par le kyste. Dans un cas, le poids du lobe gauche atteignait 2100 grammes ; au microscope on n'y constatait pas l'aspect normal des lobules : pas d'ordination trabéculaire régulière, travées sinueuses avec des renflements, travées incurvées formant des cercles concentriques. On voyait de véritables nodules formés de six ou sept étages de trabécules hépatiques, les travées centrales renfermant les plus volumineuses

Digitized by Google

cellules, à noyau double ou triple. Au niveau des espaces portes, léger degré de néoformation conjonctive, infiltration de cellules embryonnaires, disposition du tissu conjonctif naissant qui rappelle ce qu'on rencontre dans la cirrhose hypertrophique biliaire. Néoformation de canalicules biliaires.

Les mêmes particularités histologiques se retrouvaient dans les autres cas. L'augmentation de volume des cellules hépatiques avec 2 ou 3 noyaux par cellule était manifeste.

La notion de l'hypertrophie compensatrice du lobe gauche est intéressante au point de vue du diagnostic et du pronostic des kystes. Elle encourage à pratiquer l'ablation large et complète plutôt que la fixation du kyste à la paroi abdominale.

Les recherches de l'auteur ont porté, en second lieu, sur deux cas de cirrhose alcoolique hypertrophique diffuse et sur un cas de cirrhose atrophohypertrophique à grosses végétations. La régénération s'affirmait dans ces faits par l'hyperplasie compensatrice ; la néoformation cellulaire par voie de karyokinèse engendrait un parenchyme nouveau dont les éléments, isolément envisagés, ne se différenciaient pas de ceux du parenchyme hépatique normal ; ils se distinguaient seulement par leur groupement particulier : le type nodulaire concentrique était prédominant.

L. GALLIARD.

I. — SIREDEY et LE ROY. Étude anatomo-pathologique de 5 cas d'appendicite (*Soc. méd. des hôp.*, *29 janv. 1897*).

II. — RENDU. De la difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques (*Ibid.*, *19 mars 1897*).

III. — BRISSAUD. Appendicite fantôme (*Ibid.*).

IV. — MERKLEN. Appendicite grippale (*Ibid.*).

V. — HAYEM. Vomissements dits nerveux, d'origine réflexe, à point de départ appendiculaire (*Ibid.*, *26 mars 1897*).

VI. — TALAMON. Appendicite et péritonisme hystérique (*Ibid.*).

VII. — LE GENDRE. Appendicite et grossesse (*Ibid.*).

VIII. — REVILLIOD. Sur les données diagnostiques et pronostiques fournies par la quantité d'urée dans la périthyphlite (*Ibid.*, *9 avril 1897*).

IX. — MOIZARD. Diagnostic, traitement médical et indications opératoires de l'appendicite (*Ibid.*, *2 avril 1897*).

X. — CAMESCASSE. Typhlite et opium (*Journal de méd. et chir. prat.*, *25 avril 1897*).

XI. — J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Appendicite et typhlite : pathogénie et traitement; résection de l'appendice; traitement de l'engorgement et de l'infection intestinale par les purgatifs (*Ibid.*, *10 mars 1897*).

I. — Les lésions constatées se sont présentées sous des formes variées ; cependant elles ont toutes un point commun, c'est l'inflammation des follicules clos, qui peut se compliquer tantôt d'une prolifération interglandulaire avec atrophie des glandes, tantôt d'abcès disséminés, tantôt aboutir

Digitized by Google

à l'atrophie des follicules et à la sclérose des tissus sous-jacents. La folliculite peut elle-même disparaître au milieu d'une infiltration diffuse d'éléments embryonnaires, ou être localisée à des follicules malades au milieu d'autres sains. La folliculite est toujours constituée par une congestion intense des vaisseaux sanguins et par l'accumulation de leucocytes dans les mailles de la trame réticulée.

Le rôle principal dans la genèse des perforations appartient aux follicules abcédés, qui peuvent s'ouvrir en dedans et en dehors ; il s'agit d'abcès miliaires qui s'étendent plus en profondeur qu'en surface.

Dans les vaisseaux on ne voit qu'une infiltration de leurs parois par les cellules lymphatiques. Les glandes sont tantôt détruites, tantôt très enflammées, au point que leurs lésions semblent être l'élément primordial de l'appendicite, tantôt normales, tantôt diminuées en nombre et comme fusionnées; dans ce dernier cas il y a une sclérose très prononcée à larges travées fibreuses.

Les auteurs rejettent la théorie du vase clos, tout en avouant leur ignorance de la cause première des abcès miliaires de l'appendice. Rendu fait observer qu'un appendice conservé dans l'alcool peut ne plus présenter aucune trace de rétrécissement et de dilatation en amont, tandis qu'au moment de l'opération retrécissements et dilatation étaient manifestes.

Le Gendre rapporte le cas d'un malade qui, pendant dix-sept ans, avait une ou deux fois par an des crises de coliques appendiculaires et qui finit par succomber à l'âge de 53 ans à une dernière crise accompagnée de péritonite.

Mathieu et Siredey ont vu des cas d'appendicites chez des malades qui avaient eu de la côlite muco-membraneuse. Rendu a vu chez une jeune fille sujette à des crises de débâcles intestinales dont il ne pouvait préciser la cause nerveuse, une péritonite aiguë, d'origine appendiculaire, et insiste, d'accord avec Legendre, sur la fréquence des diarrhées liées à certaines appendicites.

II. — 1° Une femme de 19 ans souffre du ventre depuis dix jours et présente les signes d'une péritonite, ventre ballonné, douloureux, vomissements incoercibles, mais avec apyrexie et un pouls calme ; bientôt la douleur se localise dans la fosse iliaque droite, où l'on sent un empâtement circonscrit; examen des culs-de-sac péri-utérins négatif, donc pas de salpingite, ni d'ovarite.

Un examen sous le chloroforme montre que toute induration de la région iléo-cœcale a disparu ; mais le col utérin est gros, on fait un curetage; peu à peu les douleurs reviennent aussi intenses, diffuses, puis localisées à nouveau au point de Mac Burney, on retrouve la sensation d'empâtement circonscrit; la laparotomie est pratiquée ; on trouve simplement un appendice gros et un peu congestionné, sans altération de la muqueuse: pendant plusieurs jours, état général parfait; puis reviennent douleurs et vomissements; on constate peu après une paraplégie flasque avec anesthésie vraiment hystérique.

2° Une femme de 22 ans se plaint de douleurs abdominales consécutives à un léger traumatisme ; cinq jours après, douleurs intenses dans tout le ventre; dans l'après-midi douleurs atroces puis nausées et vomissement de sang rouge (3 à 400 gr.). Le lendemain elle est dans un état alarmant avec facies péritonéal, douleur sus-ombilicale; 3 jours après nouvelle hématémèse, pouls à 170, temp. 39°. Une laparotomie permet d'explorer le duodénum

Digitized by Google

et l'estomac, ils sont sains ; l'appendice est gros, turgide, recourbé en arrière du cœcum, on le résèque, il est volumineux et contient deux calculs phosphatiques sans ulcération de la muqueuse ; donc il y a eu non appendicite perforante, mais simple colique appendiculaire donnant le tableau d'une péritonite par perforation, la fièvre tombe rapidement, la malade guérit complètement et les malaises nerveux antérieurs ont disparu.

III. — 3° Il s'agit d'une femme de 18 ans, se plaignant de douleurs d'estomac intolérables, depuis quatre ans, à la suite d'une fièvre typhoïde et vomissant depuis quatre mois, mais sans efforts ni nausées ; dans la fosse iliaque droite on trouvait une tumeur, grosse comme le poing, oblongue, immobile, submate, la santé était restée très bonne ; tous les médicaments échouèrent, mais un jour l'appendicite suspectée avait disparu et il existait une hémianesthésie gauche consécutive à une crise nerveuse survenue la nuit ; plus tard les vomissements s'accompagnèrent d'anorexie, il fallut recourir au gavage par la sonde, puis à l'alimentation rectale ; l'appendicite reparut par intervalles, 5 à 6 fois ; une fois il y eut de l'anurie avec péritonisme.

IV. — Merklen rapporte 3 observations d'appendicite, dans lesquelles l'inflammation intestinale s'est développée rapidement après le début de grippes à localisation amygdalienne ou nasale ; dans les trois cas il s'agissait d'enfants ou d'adolescents présentant des antécédents familiaux d'appendicite, il admet que la grippe n'est qu'une cause occasionnelle réveillant les lésions appendiculaires, de gravité très variable.

Florand, Moizard, Siredey discutent la ligne de conduite à tenir, au point de vue chirurgical, et admettent que rien n'est plus difficile que de préciser les indications opératoires.

V. — Une femme de 46 ans présente depuis l'âge de 18 ans des séries de crises de vomissements qualifiés de nerveux par tous les médecins qui l'ont vue. Elle entre à l'hôpital le 2 mars, amaigrie avec douleurs vives à l'épigastre et au flanc droit, le 5, la douleur iliaque s'accentue, la fièvre survient ; le 6, empâtement de la fosse iliaque, laparotomie ; on trouve un appendice très adhérent aux organes voisins, volumineux, bosselé, dilaté, renfermant un liquide hématique ; la fièvre tombe ; peu après les vomissements cessent et la malade guérit complètement. Hayem admet la combinaison de 3 éléments, une lésion organique de l'estomac, une excitabilité anormale du système nerveux, une excitation appendiculaire, point de départ du réflexe.

VI. — Talamon rapporte 3 observations personnelles, dont l'une, où fut pratiquée une intervention chirurgicale infructueuse, de pseudo-appendicite hystérique ; et il distingue deux catégories de faits : 1° les cas où l'hystérie est seule en jeu, sans lésion de l'appendice, c'est la pseudo appendicite hystérique qui a soit l'aspect d'une simple colique appendiculaire, soit la forme d'une appendicite avec péritonite limitée, à cause de la contracture du muscle droit ; 2° les cas où l'hystérie exagère les symptômes d'une appendicite légère et fait croire à une perforation : c'est l'appendicite avec péritonisme hystérique ; chez les enfants ces cas sont fréquents.

VII. — Le Gendre observa une femme qui avait eu avant son mariage plusieurs crises d'appendicite, qui au cours d'une grossesse eut deux crises plus intenses. Il proposa l'opération à froid, avant une nouvelle grossesse ; on n'accepta pas ; survint une grossesse, et bientôt après le début une nouvelle crise, avec réaction péritonéale, puis une seconde ; l'opération fut pratiquée à froid, la femme étant enceinte de 10 semaines environ ; l'opération réussit sans avortement ; l'appendice était

Digitized by Google

noueux, contourné, perforé à sa base, et entouré d'un petit exsudat péritonitique.

VIII. — S'appuyant sur 44 observations, Revilliod a constaté toujours une augmentation de l'urée qui se chiffre par 40 et 50 grammes par jour, parfois même 70 et 80 grammes; cette polyurie est spéciale aux péritonites locales ou générales dépendant de l'intestin et en particulier du cœcum, elle fait défaut dans les périmétrites, ovarites, etc.; ce qu'il explique par la pénétration directe des éléments septiques portés dans le foie par les rameaux de la veine porte. La marche de la polyurie indique la marche de la périthyphlite, elle disparaît avec la convalescence.

IX. — Moizard admet une triade de symptômes, quasi caractéristiques, apparition brusque des accidents, douleur vive, spontanée au point de Mac Burney, avec vomissements et fièvre, enfin ballonnement du ventre. Il signale le début pris chez les enfants pour une simple indigestion, le début insidieux lié à la septicémie péritonéale, avec température normale et fréquence extrême du pouls, les confusions faites avec la fièvre typhoïde, l'invagination intestinale, la péritonite à pneumocoques.

Il rejette absolument l'emploi des purgatifs, et prescrit l'opium à doses fractionnées; il préfère l'application de la glace aux sangsues; il recommande la diète absolue et le repos dans le décubitus dorsal; une attaque d'appendicite moyenne demande un mois de lit; la guérison terminée, il faut appliquer une série de pointes de feu, ou de petits vésicatoires et prescrire un régime sévère. Il est partisan de l'opération à froid sinon après la première, du moins après la seconde crise d'appendicite.

X. — Les 7 malades qu'il a vus atteints de typhlite, étaient tous de grands malades, avec grosse fièvre, anurie, péritonisme, vomissements fécaloïdes; trois fois il a essayé des purgatifs, trois fois il a dû recourir rapidement après à l'opium pour calmer l'accroissement des douleurs; les malades ont tous guéri sans opération.

XI. — L. C. s'élève contre la théorie absorbante de l'appendicite, il a pu relever un certain nombre d'erreurs où elle était incriminée à tort; il regarde comme fréquent l'engorgement du côlon ascendant et du cæcum; celui-ci est dû à des défauts d'hygiène générale et alimentaire, il rejette l'appendicite familiale en tant que disposition anatomique familiale, et ne l'attribue qu'à un genre de vie commun à tous les membres d'une même famille. Pour lui le traitement préventif qui s'impose c'est l'évacuation intestinale par un purgatif, c'est la meilleure sauvegarde de l'intestin et du péritoine, c'est celui qui donne la seule antisepsie intestinale sérieuse, même au début d'une poussée aiguë; il y a intérêt à recourir aux purgatifs salins, surtout aux sels effervescents. D'une manière générale il proscrit l'opium à l'intérieur et préfère, dans les cas très douloureux, l'injection hypodermique de morphine. Si les exercices exagérés sont mauvais pour les constipés, un exercice régulier est au contraire très favorable. H. LEROUX.

TALAMON. Statistique de 80 cas d'appendicite (*Soc. méd. des hôp.*, *9 avril 1897*).

Dans sa statistique personnelle qui comprend 80 cas, Talamon relève 7 cas d'appendicite aiguë avec péritonite diffuse, 14 cas avec abcès loca-

Digitized by Google

lisé, 30 cas d'appendicite plastique, 13 cas d'appendicite pariétale, 16 cas d'appendicite chronique à rechutes, soit 43 appartenant aux formes médicales, 21 relevant de la chirurgie.

Sur les 7 premiers cas il y a eu 7 morts. 5 fois la péritonite est survenue d'emblée en pleine santé. Sur les 14 cas avec périthyphlite suppurée 8 ont été opérés et ont guéri ; 6 n'ont pas été opérés ; 4 ont guéri après ouverture dans l'intestin ; 1 est mort; 1 résultat inconnu. Les 30 cas d'appendicite plastique ont tous guéri ; 2 seulement ont été opérés; 8 fois la résolution complète s'est faite en moins de trois semaines, 10 fois en trois semaines à deux mois. Le malade ne doit se lever que quand la tuméfaction de plus en plus réduite a disparu. Les 13 cas d'appendicite pariétale ont tous guéri sans opération; la durée moyenne varie de 6 à 23 jours. L'appendicite à rechute, qui comprend 16 cas, s'accompagne presque toujours d'une colite plus ou moins intense, sèche ou mucomembraneuse. 3 malades ont été opérés et ont radicalement guéri ; d'autres ont eu jusqu'à 18 crises en vingt ans. Talamon est partisan absolu de la résection dans cette forme. Il est convaincu que les chances d'une perforation sont bien plus grandes à la première crise appendiculaire qu'aux suivantes ; elles deviennent nulles dans l'appendicite chronique à rechute; ce qui est grave ce sont les recrudescences au cours d'une appendicite dues à un écart de régime, d'où perforation. Pour les appendicites plastiques, tant qu'il y a un noyau il faut le repos au lit et une alimentation réglée ; dans l'appendicite pariétale, sans tumeur, c'est la douleur qui règle l'époque du lever.

Il rejette l'opinion de troubles dyspeptiques antécédents, sauf dans l'appendicite chronique à rechutes; il nie l'influence de la constipation, en raison en partie de la prédominance du sexe masculin, 52 hommes contre 28 femmes. Sur 60 cas d'appendicite aiguë, 12 avaient été précédés de colite muqueuse depuis des mois ou des années; de même dans 13 cas d'appendicite chronique, 1 fois sur 2 il est absolument impossible de trouver un trouble intestinal antécédent. Talamon préconise les sangsues, la glace, le repos au lit, la diète liquide et regarde les purgatifs comme indispensables, ils doivent être donnés non dès le début, mais quand les douleurs aiguës sont calmées, et recommande l'huile de ricin ou le calomel ; il proscrit au contraire l'opium.

Talamon se résigne à l'opération dans les cas suraigus, l'impose dans les appendicites suppurées, la conseille dans les appendicites chroniques à rechutes, la repousse dans les appendicites pariétales et plastiques, sauf chez l'enfant dans les cas d'appendicite familiale. H. LEROUX.

Ch. COMBES. Les ulcères simples de l'intestin (*Thèse de Toulouse, 1897*).

L'auteur a groupé les ulcères qui, dans les divers segments de l'intestin, ne reconnaissent aucune cause déterminée. La littérature médicale lui a fourni 7 cas appartenant au jéjunum, 12 à l'iléon, 5 au cæcum, 6 au côlon, 3 à l'S iliaqne, 3 au rectum. On les comparera aux ulcères simples de l'estomac et du duodénum ; ils peuvent aboutir à la perforation ou, au contraire, se cicatriser.

Le diagnostic d'ulcère simple ne sera admis que si l'on réussit à établir

Digitized by Google

l'absence de lésions tuberculeuses, syphilitiques, dothiénentériques, charbonneuses, etc., en un mot, l'absence d'altération spécifique.

Ce groupe des ulcères simples s'appauvrira quand nous connaîtrons mieux la pathogénie : rôle des troubles vasculaires, rôle des microbes, rôle du processus inflammatoire. C'est un groupe d'attente.

L. GALLIARD.

P. LALLIER. La myase du tube digestif (*Thèse de Paris, 1897*).

Les voies digestives de l'homme et des animaux donnent parfois l'hospitalité aux larves de certaines espèces de diptères, appartenant surtout à la famille des Muscides et aux genres *Anthomia*, *Sarcophaga*, *Musca*, *Calliphora*, *Teichomyza*. Ces larves sont probablement introduites avec les aliments, *Anthomya* pondant sur les légumes, *Piophila* sur le fromage, *Drosophila* sur le lait caillé. L'introduction de *Teichomyza* est difficile à expliquer.

Les accidents causés par ces larves sont habituellement peu marqués. Le diagnostic serait impossible si le corps du délit ne se trouvait dans les matières vomies ou dans les déjections. Les désordres digestifs ne survivent pas à l'évacuatien des larves. Traitement : lavages de l'estomac, purgatifs, santonine.

On a constaté les larves plus souvent chez l'homme que chez la femme ; en Angleterre et en Allemagne plus souvent qu'en France.

L. GALLIARD.

MENDELSOHN. Mucous colitis, a functional neurosis (*Med. Record, 30 janv. 1897*).

Pour cet auteur, la pathogénie de l'entérite pseudo-membraneuse dont les points cardinaux sont la neurasthénie, l'expulsion de mucosités et les douleurs abdominales, est entièrement dominée par des troubles fonctionnels de l'innervation intestinale, troubles analogues à ceux qui provoquent chez les hystériques la miction spasmodique, les vomissements incoercibles ou la salivation prolongée. Les troubles intestinaux, une fois établis, deviennent le point de départ de futurs troubles nerveux : dépression psychique, tendance à l'hypocondrie de l'individu par la continuelle attention qu'il prête à un organe fonctionnant mal et par la persuation qu'il a d'être atteint d'une maladie extrêmement grave, etc. Quant au traitement, M. recommande uniquement les grands lavements boriqués. Donner des médicaments quelque peu actifs, destinés par exemple à combattre des troubles chimiques qui en réalité n'existent pas, est antiscientifique et ne peut que nuire au malade.

CART.

Jean FONTET. Essai sur la lithiase intestinale (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

En dehors des concrétions qui ne font que traverser l'intestin ou qui s'y forment autour de noyaux venus d'ailleurs, il peut se former là de toutes pièces des concrétions analogues à celles que l'on observe dans d'autres organes. Deux classes de calculs : *a)* calculs à prédominance or-

Digitized by Google

ganique ; *b*) calculs à prédominance minérale (phosphates ou carbonates).

Une alimentation grossière peut avoir sur leur production une certaine influence, mais l'entérite muco-membraneuse est la grande cause de la lithiase intestinale parce que l'on trouve dans cette maladie les conditions qui favorisent la formation de calculs dans quelque organe qu'ils se produisent (altération de la muqueuse, stagnation dans les voies normales d'excrétion, modifications dans les sécrétions, vices de nutrition). Le mécanisme intime qui produit l'agglomération des sels sous forme de calculs est très discuté : aucune théorie n'est suffisante.

Symptomatologie très courte : à part la constatation directe des calculs dont il faut établir avec soin la provenance (antécédents, analyse), pas de signe qui soit propre à la lithiase. Complications rares. A signaler : obstruction intestinale, entérite, perforation, appendicite.

Le traitement consiste à éviter la constipation, aseptiser l'intestin pour atténuer l'altération du mucus, surveiller le régime et traiter la diathèse.

DONNADIEU.

G. DILIBERTO. L'etiologia della glicosuria; studi sul diabete zuccherino (*Broch. in-8° de 66 p., Palerme, 1897*).

Le glycose qui arrive dans le sang est en raison directe de celui qui est ingéré soit sous forme d'amidon ou de fécule, soit sous forme d'un autre sucre, soit sous forme de glycose. Le glycose, dans l'organisme comme dans la nature, est réduit pour la plus grande partie en eau et en acide carbonique, par le fait de fermentations. La glycosurie est l'effet de la suspension de la fermentation du glycose de l'organisme. Tout ce qui empêche cette fermentation, en particulier l'alcool, l'acide carbonique, les substances antizymiques, est la cause du diabète. Toutes les autres causes qui produisent la glycosurie agissent en augmentant directement ou indirectement la quantité d'acide carbonique du sang.

GEORGES THIBIERGE.

RENDU et MASSARY. Cirrhose et diabète bronzé (*Soc. méd. des hôp., 5 fév. 1897*).

Un homme de 45 ans, ancien alcoolique, éprouve en janvier 1896, une soif vive, de l'insommie, et des difficultés dans la miction ; après une urétrotomie interne, la faiblesse persiste, on reconnaît l'existence d'un diabète très accentué (300 à 500 grammes de sucre par jour, 50 à 70 grammes d'urée). En outre, on note une pigmentation brune, généralisée sur tout le corps, arrivant au noir sur les mains, les pieds, la verge et le scrotum. Le foie est gros, la rate petite, les troubles digestifs très accusés.

Dans le courant de mars, le foie diminua de volume, tandis que le ventre se ballonnait et que se développait l'ascite, qui plus tard, devint assez abondante pour nécessiter une ponction ; plusieurs autres ponctions pratiquées en six semaines donnèrent toutes un liquide contenant du sucre, mais en quantité faible, de 4 à 6 grammes par litre. Le malade succomba après être tombé dans un état comateux.

A l'autopsie on trouva de la pleurésie tuberculeuse, les poumons non tuberculeux, une péritonite tuberculeuse, surtout une épiploïte, avec des

Digitized by Google

taches violacées, ardoisées, le foie atrophié, d'aspect granité d'un brun foncé; le pancréas avait une coloration brun chocolat; le corps thyroïde a une pigmentation brune ainsi que les testicules.

L'examen histologique porta sur le foie, le pancréas, la glande sous maxillaire droite, les capsules surrénales, le rein, le poumon, le testicule, le cœur, le muscle grand droit de l'abdomen, la peau, un ganglion semi lunaire, l'épiploon, un ganglion lymphatique.

Dans tous ces organes, sauf le muscle et le ganglion semi lunaire, on trouva des granulations pigmentaires, se présentant sous forme de granules à contours nets, arrondis ou anguleux, d'une couleur ocre foncé ; ce pigment noircissait sous l'influence du sulphydrate d'ammoniaque, devenait bleu devant une solution de ferrocyanure de potassium, bref, avait les réactions de l'hydrate ferrique étudiée par Lapicque et Auscher. Dans le foie, siège d'une cirrhose bi-veineuse, les granulations augmentaient de nombre du centre vers la périphérie ; les néo-canalicules biliaires avaient aussi leurs cellules chargées de pigment. Dans le pancréas, le pigment envahit de préférence les cellules les plus profondément situées dans les acini ; dans la peau, les glandes sudoripares sont seules pigmentées. Le cœur est surchargé de pigment qui remplit le centre des cellules musculaires ; le ganglion lymphatique est tellement pigmenté qu'on ne peut reconnaître sa structure normale. Il n'y a pas trace de pigment dans le sang circulant.

Les auteurs affirment que le pigment ocre ferrugineux dérive de l'hémoglobine. Mais où se fait cette transformation. Dans le sang? ou dans le foie? Ils rejettent ces deux opinions et admettent qu'il est : 1° le résultat d'une élaboration vicieuse accomplie par le protoplasma cellulaire, dans les cellules glandulaires en général ; 2° et pour expliquer la pigmentation du cœur, que le seul facteur commun véritable de la production pigmentaire serait l'activité variable des échanges. Les éléments se pigmenteraient le plus dont les échanges seraient au maximum. En résumé, le pigment ferrugineux dû à une action particulière exercée par le protoplasma cellulaire d'un élément glandulaire ou d'une cellule cardiaque sur l'hémoglobine, est fonction d'une cachexie générale de l'organisme, que cette cachexie soit causée par le diabète compliqué d'une cirrhose du foie, par une affection hépatique ou par une intoxication pigmentaire. H. L.

JEANSELME. Dermatologie et pathogénie du diabète bronzé (*Soc. méd. des hôp. 5 fév. 1897*).

1° Un homme de 42 ans, forgeron de son métier, se trouvant sans ouvrage, est employé à gratter à sec, dans un local mal aéré, des plaques d'accumulateurs couvertes de litharge et de minium. Dix jours après avoir entrepris cette besogne, cet homme présentait tous les signes du diabète confirmé : soif vive, appétit exagéré, polyurie, pollakiurie, et ses camarades remarquèrent la coloration foncée du visage et des mains (on le traitait de nègre).

Les urines (5 à 7 litres) contenaient de 150 à 330 grammes de sucre par jour ; le foie était gros, dur. Le malade mourut d'obstruction intestinale. L'analyse chimique du foie et du poumon y décela l'existence d'une notable quantité de plomb ; il n'y avait pas d'arsenic.

2° Le malade, âgé de 43 ans, reçoit un coup de timon au niveau de l'ombilic ; peu après se manifestent les signes du diabète et la mélanodermie ; la peau était gris cendré ; rapidement cachectisé, il succomba dans le coma au bout de 5 mois.

Digitized by Google

L'autopsie des deux malades montra les lésions classiques, hépatite scléreuse hypertrophique, coloration jaune ocre de la plupart des organes glandulaires (foie, pancréas, capsules surrénales, etc.). Le cœur était le seul muscle infiltré de pigments ferrugineux.

L'examen du sang pratiqué pendant la vie a été à peu près négatif. Jamais on n'a pu y trouver trace de pigment ferrugineux ou autre ; dans le second cas on a constaté une anémie globulaire du premier degré (3,400,000) ; la teneur des hématies en hémoglobine était voisine de la normale (0,90). La coagulabilité et la rétraction du caillot étaient normales ; il n'y avait pas de retard dans la coagulation ; le caillot ne se désagrégeait pas.

L'examen du foie montra une cirrhose biveineuse ; toutes les cellules étaient pigmentées, surtout à la périphérie, près des bandes de sclérose ; dans certains vaisseaux biliaires l'épithélium était semé de fin pigment ocre ; dans certaines veines les cellules endothéliales étaient totalement infiltrées de pigment granuleux noir, on y voyait des leucocytes chargés de granulations et des granulations libres.

D'une manière générale le pigment ocre était accumulé dans les petits vaisseaux et surtout les capillaires des parenchymes ; il s'accumule aussi dans tous les épithéliums sécréteurs. Dans le rein, il occupe seulement les épithéliums sombres des tubuli et de la branche ascendante de l'anse de Henle. Les organes sont sclérosés. Les ganglions lymphatiques sont farcis de pigment.

Jeanselme admet : 1° la destruction des hématies dans le capillaire des parenchymes ; 2° un travail d'élimination du pigment ocre, issu de l'hémoglobine, qui se condense dans les épithéliums des organes sécréteurs ; 3° la sclérose consécutive des organes pigmentés. H. L.

DUTOURNIER. Contribution à l'étude du diabète bronzé (*Thèse de Paris, 1895*).

Le diabète bronzé est un syndrome clinique à manifestations très nettes, mais ne pouvant être classé sous un titre définitif dans le cadre nosologique, puisqu'on ne sait pas encore s'il doit être considéré comme une complication du diabète, ou comme une maladie dictincte, dont le diabète serait une conséquence et qui aurait des rapports plus ou moins directs avec le groupe des maladies à lésions pigmentaires.

Il peut avoir un début brusque ou insidieux, présenter les symptômes classiques du diabète ou de l'hépatisme (dégoût des aliments gras et de la viande, ballonnement épigastrique, douleurs à l'hypochondre droit, etc.) voire d'une affection bronchopulmonaire. Une fois constitué, il présente 4 grands symptômes : 1° le diabète; 2° les troubles abdominaux, parmi lesquels la cirrhose hépatique tient le premier rang; 3° la pigmentation cutanée ; 4° une cachexie rapide. La pigmentation se présente avec une teinte variable plombée, à reflets gris ou gris noirâtre ; elle est uniforme, peut exceptionnellement envahir les muqueuses. Dans un cas le sang frais contenait des masses pigmentaires. La durée moyenne est de 8 à 14 mois.

Les lésions peuvent se résumer en deux termes : dégénérescence scléreuse et dégénérescence pigmentaire; celle-ci portant surtout sur les organes glandulaires. Le pigment, qui est disséminé dans tout l'organisme est du pigment ocre, ferrugineux, d'origine hématique. Il est intravasculaire, intra-cellulaire et interstitiel.

La pathogénie de cette affection est très discutée. Dutournier admet

Digitized by Google

avec réserve l'explication suivante : sous une influence encore inconnue, il se fait une active décomposition de l'hémoglobine dont l'une des résultantes est constituée par le pigment qui encombre les organes, les irrite et détermine les lésions de dégénérescence scléreuse et pigmentaire.

H. LEROUX

UHLENHUTH. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Deut. milit. Zeit., mars 1897*).

Confirmation de la valeur du procédé de Widal. Dans 15 cas, en plein état de maladie, en convalescence, ou même remontant à plusieurs années, la réaction a été positive 13 fois. Chez 15 sujets sains ou atteints d'autres affections, la réaction a été négative. A. CARTAZ.

F. DE GRANDMAISON. De l'importance du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde (*Méd. moderne, p. 762, 2 déc. 1896*).

Trois observations, dans lesquelles le diagnostic de fièvre typhoïde, confirmé dans deux cas par la suite de la maladie, dans le troisième par l'autopsie, douteux au début de la maladie, en raison de l'allure légère des accidents, n'a pu être affirmé que par le séro-diagnostic.

GEORGES THIBIERGE.

Paul COURMONT et Étienne MARTIN. Fièvre typhoïde avec complications pleuro-pulmonaires; séro-réaction (*Lyon méd., 7 mars 1897*).

L'intérêt de ce cas, observé chez une jeune fille de 15 ans, tient à l'évolution rapide d'une pleuro-pneumonie qui n'était due qu'au pneumocoque et non pas au bacille d'Eberth et à l'examen de la séro-réaction pendant la vie et après la mort. Dès le premier jour, la réaction agglutinante avec le sang était très nette et persistait après la mort. L'agglutination était extrêmement marquée avec le liquide péricardique et surtout le liquide de la pleurésie d'origine pneumococcique. Il y avait absence de la réaction avec le suc splénique.

A. CARTAZ.

A. DAURIAC. Les infections biliaires dans la fièvre typhoïde (*Thèse de Paris, 1897*).

La bacille d'Eberth, ayant pénétré dans la vésicule, peut y perdre sa virulence ; ou bien il provoque la suppuration. On le voit persister pendant des années.

Une observation de Fatout montre le bacille d'Eberth virulent six ans après la dothiénentérie. La malade, opérée par Quénu, avait des calculs dans lesquels on ne constata pas d'ailleurs de bacilles.

Il y a des cholécystites par bacilles d'Eberth chez des sujets qui n'ont pas présenté les symptômes de la fièvre typhoïde.

Le bacille d'Eberth s'associe parfois, dans les voies biliaires, au streptocoque, au staphylocoque, au colibacille. L. GALLIARD.

Digitized by Google

A. BONDET. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Lyon méd., 14 fév. 1897*).

B. confirme la valeur du procédé de Widal. Sur 35 cas, 20 fois il a été positif, 14 fois négatif, 1 seule fois douteux et les 20 cas positifs ont évolué avec les allures de la fièvre typhoïde.

Dans un cas d'une femme de 45 ans qui s'était surmenée à soigner ses trois enfants atteints de fièvre typhoïde, le séro-diagnostic fut positif. Il n'existait cependant aucun signe net de dothiénentérie qui était bien réelle car la malade succomba à une péritonite par perforation intestinale.

Lépine cite le cas d'un homme de 74 ans atteint de signes de typhoïde douteux ; le séro-diagnostic fut positif et la suite confirma l'exactitude de la réaction. A. CARTAZ.

Ch. MONGOUR. La disparition du premier bruit du cœur dans la fièvre typhoïde (*Presse méd., 21 avril 1897*).

Sur les quatre cas publiés par l'auteur, il y a 3 guérisons et 1 décès.

La disparition du premier bruit du cœur s'observe généralement pendant la période des oscillations stationnaires ; le bruit systolique reparaît pendant les dernières oscillations descendantes.

La disparition se constate isolément à la pointe ou à la base, ou bien simultanément à la pointe et à la base. Elle a coïncidé, dans un cas de Mongour, avec l'abaissement passager de la pointe du cœur. Elle a été notée pendant une rechute après avoir été signalée au cours de la première atteinte.

Le pronostic dépend du nombre des pulsations : au-dessous de 110 pulsations, pas de danger ; au-dessus de 120, mort certaine.

Le symptôme étant passager, l'auteur l'attribue à un trouble de l'innervation plutôt qu'à une lésion de la fibre cardiaque. Il n'a pu pratiquer l'autopsie de son 4e cas. L. GALLIARD.

HAYEM. Sur la persistance de la propriété agglutinante du sérum des typhiques après chauffage à 57-59 degrés (*Soc. méd. des hôp., 8 janv. 1897*).

Le chauffage porté à 57 et même 63° du sérum de trois typhiques n'a en rien modifié les effets de ce liquide sur les cultures de bacille d'Eberth. H. LEROUX.

FERNET et PAPILLON. Suppuration rénale à bacille d'Eberth survenue au déclin d'une fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp., 15 janv. 1897*).

Un homme de 26 ans, entré au 6e jour d'une fièvre typhoïde, accuse le 13e jour une douleur au flanc gauche et on trouve une tumeur au niveau de la rate. Le 21e jour, la température devient normale, mais la tumeur a grossi et le malade s'affaiblit. Le 23e jour, on l'incise, il sort un litre de pus. Le malade succombe le 39e jour, sans avoir eu de retour de fièvre. Les urines ne furent ni purulentes, ni troubles.

Digitized by Google

A l'autopsie, on trouva que la poche purulente était formée par le parenchyme rénal très aminci avec bassinet dilaté ; d'autres abcès existaient dans le rein; l'uretère était rétréci et se coudait à angle droit au moment d'aborder le bassinet; il n'était pas oblitéré. Le liquide recueilli au moment de l'incision de la poche purulente contenait un pus très séreux d'où l'on put extraire des cultures pures de bacille d'Eberth. H. L.

ACHARD. Sérodiagnostic rétrospectif de la fièvre typhoïde et sérodiagnostic retardé (*Soc. méd. des hôp., 9 avril 1897*).

Achard a pu avec le sérodiagnostic préciser le diagnostic dans des cas de typhoïdette, reconnaître la nature d'une ostéomyélite subaiguë un an après la fièvre typhoïde. Dans deux cas, la séroréaction ne fut positive qu'après le 17 et le 18me jour. H. L.

MOSSÉ et DAUNIC. Séroréaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation (*Soc. méd. des hôp., 5 mars 1897*).

L'examen extemporané et l'examen par la méthode lente de sang exprimé du placenta (d'une femme qui avait eu la fièvre typhoïde au 6me mois de sa grossesse) montre la persistance de la réaction agglutinante.

Le lait examiné vingt-quatre jours après l'accouchement donna aussi un résultat positif, ainsi que le sérum du sang de l'enfant né à terme examiné le même jour; ce sérum examiné dix jours après fournit des résultats concordants.

L'examen du placenta montra que dans les lacs sanguins on ne trouvait point de germes, et que cet organe avait une structure normale; donc ce n'est pas un filtre parfait. H. L.

TROISIER et SICARD. Abcès rénal à bacille d'Eberth et méningite suppurée dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, reconnue par le sérodiagnostic (*Soc. méd. des hôp., 15 janv. 1897*).

Dans ce cas, le diagnostic était difficile du fait : 1° de l'apyrexie ; 2° des antécédents saturnins ; 3° d'une albuminurie notable ; l'épreuve du sérodiagnostic fut positive ; peu après survinrent des accidents méningitiques, hoquet, vomissements, céphalée, contracture du cou, etc.

Le malade succomba le 32e jour. On trouva : 1° à la base de l'encéphale un exsudat purulent contenant bacille d'Eberth et coli bacille ; 2° dans le rein droit, un petit abcès cortical renfermant du bacille d'Eberth à l'état de pureté. H. L.

WIDAL et SICARD. La mensuration du pouvoir agglutinatif chez les typhiques (*Presse méd., 6 mars 1897*).

Le procédé extemporané qui est le procédé de choix pour la pratique du séro-diagnostic est aussi le plus sûr et le plus simple pour la mensuration du pouvoir agglutinatif. Les auteurs font d'abord un examen en mélangeant une goutte de sérum et 10 gouttes de culture; ils jugent appro-

Digitized by Google

ximativement; si le pouvoir semble faible ils font des dilutions de sérum et de culture à 1 p. 50 et à 1 p. 100. Si au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure il n'y a pas de tendance à l'agglutination, il faut des dilutions descendantes progressivement à 1 p. 40, 1 p. 30, 1 p. 20 ou dans l'autre série à 1 p. 60, et de même si le pouvoir est fort, ils recourent à des dilutions systématiquement organisées 1 p. 200, 1 p. 300, 1 p. 1000, jusqu'à ce qu'ils aient une dilution qui ne donne pas de centre agglutinatif, sur une préparation faite depuis 2 heures.

Lorsque l'on étudie chez un même malade l'évolution du pouvoir agglutinatif, il faut opérer avec des cultures du même échantillon, se servir du bouillon de même provenance.

Le pouvoir agglutinatif présente de très grandes variations suivant les sujets, et suivant les périodes de la maladie: ils le disent faible quand il est inférieur à 1 p. 100, moyen entre 1 p. 100 et p. 200, intense entre 1 p. 200 et 1 p. 500, très intense s'il dépasse 1 p. 500.

L'étude comparative de 21 cas montre que la gravité d'une fièvre typhoïde est loin d'être toujours en rapport avec l'intensité du pouvoir agglutinatif; d'une manière générale cette intensité baisse dès le début de la convalescence. H. L.

I. — HÄDKE. Die diagnose des Abdominaltyphus und Widal's serumdiagnostisches Verfahren (*Deutsche med. Woch., 7 janv. 1897*).

II. — C. FRÄNKEL. Ueber den Werth der Widal'schenprobe zur Erkennung des Typhus abdominalis (*Ibid., 14 janv. 1897*).

I. — 22 typhiques et 20 malades, pour la plupart fébriles, atteints de maladies diverses autres que la fièvre typhoïde ont été examinés par la méthode de Widal. On a employé la réaction du bouillon et l'examen microscopique avec la goutte pendante. Par les deux procédés la méthode ne s'est en aucun cas trouvée en défaut. L'auteur conclut que le séro-diagnostic de Widal constitue une méthode d'une valeur inappréciable soit au point de vue de la rapidité, soit au point de vue de la sécurité du résultat.

II. — La rareté des publications faites en Allemagne sur la question du séro-diagnostic tient à la rareté de plus en plus grande de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux. Ce n'est que grâce à une épidémie de village que F. a pu contrôler les expériences de Widal. Ses recherches ont porté sur 28 sujets, 7 étaient encore au lit et l'un d'eux était au 2e jour de sa fièvre, tous ont présenté une réaction très nette; sur 16 convalescents dont la guérison datait de 4 jours à 7 semaines, 10 ont donné un résultat positif; un sujet, dont la maladie remontait à plusieurs semaines, a donné un résultat douteux, deux un résultat négatif. Enfin 2 personnes, 1 homme et 1 femme qui avaient eu la fièvre typhoïde antérieurement à l'épidémie actuelle et depuis près d'un an, ont donné aussi une réaction positive. Toutes les expériences faites par Fraenkel avec du sérum de malades non typhiques ont donné des résultats négatifs. La valeur pratique de la méthode de Widal se trouve donc nettement confirmée.

H. DE BRINCN.

Digitized by Google

J. NICOLAS. Lithiase pancréatique (*Gaz. hebd. Paris, 11 fév. 1897*).

Un homme de 47 ans, entre à l'hôpital pour une affection ayant débuté brusquement 2 mois et demi auparavant et caractérisée par inappétence, affaiblissement, douleurs violentes à l'épigastre à type intermittent et paroxystique. Il est pris d'un melœna très abondant (un litre) qui le soulage; retour des accidents et de l'hémorragie. Pas de diarrhée. Enfin, après avoir présenté les signes d'un diabète pancréatique (179 grammes de sucre par jour), il meurt de pneumonie caséeuse. Les accidents pathologiques ont évolué en l'espace de 6 mois.

A l'autopsie, on trouve le canal de Wirsung obstrué par 15 ou 20 calculs enchassés dans les parois; ce canal communique avec une large poche purulente qui occupe le tiers du pancréas dont le tissu est sclérosé; la poche s'est ouverte dans le duodénum par une fistule, et c'est vraisemblablement de ses parois que provenait le sang du melœna. LEFLAIVE.

H. TREBITSCH. Ungewohnliche Hautpigmentirung beim Morbus Addisonii (Pigmentation cutanée anormale dans la maladie d'Addison) (*Zeitschr. für klin. Med., XXXII; suppl. p. 102*).

La pigmentation dans la maladie d'Addison est en général confluente. Dans le fait exceptionnel observé par T. elle formait des taches isolées arrondies, de dimensions variables, sans tendance à l'extension ni à la confluence. Taches caractéristiques sur la muqueuse buccale.

A l'autopsie : tuberculose des deux capsules surrénales; nerfs splanchniques normaux à l'examen histologique; les ganglions semi-lunaires n'ont pas été examinés.

T. n'a rencontré dans la science que 18 cas analogues. Il signale le diagnostic d'ailleurs facile en général avec le sarcome pigmentaire multiple, le xeroderma pigmentosum, les syphilides maculeuses.

A.-F. PLICQUE.

LYOT et PETIT. Anévrisme de la carotide interne consécutive à la scarlatine (*Gazette méd. Paris, 3 avril 1897*).

Jeune fille de 19 ans, atteinte de scarlatine avec angine violente. Un mois après le début de cette pyrexie, apparaît dans la région sterno-mastoïdienne gauche, immédiatement au-dessous de la mastoïde, une tuméfaction du volume d'une noix, nettement réductible, animée de battements énergiques, avec souffle systolique, pour laquelle la malade entre à l'hôpital. A l'examen de la gorge, on voit l'amygdale gauche refoulée vers la ligne médiane et l'on constate par le toucher pharyngien une tuméfaction également animée de mouvements d'expansion. Une ponction exploratrice ramène une pleine seringue Pravaz de sang. Diagnostic : dilatation aiguë de la carotide interne gauche, suite d'une artérite aiguë. On ne fit aucun traitement. La guérison se fit spontanément et progressivement dans un court espace de temps, trois semaines environ. CART.

ABELMAN. Sur l'albuminurie cyclique (*Arch. russes de pathol., fév. 1897*).

Les signes caractéristiques de l'albuminurie cyclique sont : l'apparition de l'albumine au moment du passage de la position horizontale à la sta-

Digitized by Google

tion verticale, avec disparition de l'albumine vers la fin de la journée. Pas de cylindres, ni épithéliums rénaux, ni globules rouges; pas de lésions concomitantes des autres organes. C'est une albuminurie de l'adolescence (Moxon). Il y a faiblesse générale, sensation de pesanteur dans les membres, somnolence et incapacité d'un travail assidu. L'albuminurie est augmentée par le travail intellectuel. La diète est inutile; au contraire, il faut conseiller un régime tonique. H. FRENKEL.

Ch. RÉMY. Morve chronique de l'homme (*Archives de méd. exp., IX, n° 2, p. 144, 1897*).

A propos d'une observation de farcin chez l'homme, suivie de guérison, l'auteur passe en revue les caractères de la morve chronique humaine et les moyens d'établir le diagnostic. La certitude ne peut être obtenue qu'en inoculant dans le péritoine d'un cobaye mâle le pus du malade, comme l'a indiqué Straus; l'orchite qui se développe rapidement est caractéristique de la morve. Rémy a pu trouver dans la littérature médicale 23 cas de morve humaine suivie de guérison; il fait remarquer qu'il faut toujours se tenir en garde contre les longues rémissions de la maladie, qui peuvent laisser un répit de 3 et même de 5 ans.

Le traitement consiste surtout dans la cautérisation énergique des accidents locaux; il faut en même temps relever l'état général et soumettre le malade à des frictions mercurielles, qui semblent exercer une action favorable sur la maladie. La morve semble bien être auto-inoculable chez l'homme; en tout cas, elle se transmet aisément d'homme à homme. H. BOURGES.

Carlo CENI. Ueber die Pathogenese der Bleilähmung (Sur la pathogénie de la paralysie saturnine) (*Arch. f. Psychiat., XXIX, 2, p. 566*).

L'auteur relate l'observation d'un homme de 46 ans, employé depuis l'âge de 25 ans dans une fabrique de plomb, et qui avait été sujet, dans les dix dernières années surtout, aux coliques saturnines, à l'œdème des membres inférieurs, etc. Il était entré à l'hôpital dans un état d'anémie et de cachexie très avancées. En outre, il présentait une paralysie atrophique des mains et des avant-bras, qui réalisait les caractères classiques de la paralysie saturnine, y compris les signes de la R. D. Dans leur ensemble les muscles des membres supérieurs et des membres inférieurs, principalement ceux des régions antéro-externes des jambes étaient le siège de modifications très accusées de l'excitabilité électrique. La sensibilité paraissait être bien conservée partout.

Cet homme est mort après 20 jours de séjour à l'hôpital. L'examen histologique de ses centres nerveux et de ses nerfs périphériques a été fait avec le plus grand soin; les résultats peuvent se résumer dans ces quelques lignes :

Dans les hémisphères cérébraux, altérations des cellules ganglionnaires, accusées surtout au niveau des circonvolutions frontales. Ces altérations prédominaient sur les cellules pyramidales des couches profondes. Elles se traduisaient par une légère hypertrophie des cellules plus transparentes qu'à l'état normal et dont le corps se laissait plus difficilement imprégner par les matières colorantes. Transformation granuleuse de la substance

Digitized by Google

chromogène, avec refoulement du noyau. Dans les cellules les plus altérées, le corps cellulaire épaissi était remplacé par une substance adipeuse et le noyau, deux ou trois fois plus gros qu'à l'état normal, avait l'aspect d'une grosse vésicule allongée, qui pénétrait dans un prolongement protoplasmatique. Nulle part, dans le cerveau, il n'a été possible de découvrir des altérations des fibres nerveuses.

Sur beaucoup de préparations, les vaisseaux avaient leurs parois atrophiés, et cette atrophie intéressait principalement la tunique musculaire. En quelques endroits seulement, on apercevait les traces d'une légère hyperplasie des cellules de la névroglie et d'une sclérose périvasculaire.

Dans le cervelet, les altérations atteignaient exclusivement les prolongements protoplasmiques des cellules de Purkinje, sous forme de tuméfactions circonscrites et dégénération finement granuleuse.

Au contraire, dans la moelle, les altérations étaient beaucoup plus prononcées que dans le reste des centres nerveux. Elles intéressaient exclusivement les cellules ganglionnaires des cornes antérieures et des cornes postérieures, principalement celles des cornes antérieures (dégénérescence granulo-graisseuse); le nombre des cellules altérées l'emportait sur le nombre des cellules normales. Mêmes altérations vasculaires et conjonctives que dans le cerveau.

Du côté des nerfs, *dégénérescence segmentaire périaxile* limitée dans un même nerf, à quelques faisceaux de fibres, et atteignant son maximum, tant au point de vue de l'intensité que de l'extension de la dégénérescence, dans les nerfs radiaux et médians des deux côtés. Là, les fibres altérées représentaient comme nombre les deux tiers environ de l'ensemble des fibres nerveuses. Partout ailleurs, les altérations se limitaient à une portion du trajet d'une même fibre.

L'auteur a soutenu cette thèse que les altérations centrales et les altérations périphériques, observées dans ce cas, étaient indépendantes les unes des autres. Les arguments qu'il a invoqués sont au nombre de trois, à savoir :

1° La disproportion qui existait entre les altérations centrales et les altérations périphériques, ces dernières beaucoup plus accentuées et plus avancées que les premières ;

2° L'uniformité d'aspect et de répartition des altérations centrales, aussi bien dans le cerveau que dans la moelle ; au contraire, les altérarations périphériques étaient plus accentuées et plus denses par places ;

3° La prédominance des éléments ganglionnaires altérés, dans les prolongements protoplasmatiques et dans le corps cellulaire, tandis que le prolongement cylindraxile présentait un aspect normal.

Donc, dans le cas ci-dessus résumé, l'intoxication saturnine avait fomenté deux processus indépendants l'un de l'autre : un processus central (dégénération granulo-graisseuse diffuse des éléments ganglionnaires, avec légère encéphalomyélite chronique disséminée par petits foyers), et un processus périphérique (névrite disséminée) revêtant les dehors de la dégénération segmentaire peri-axile, indépendante de toute dégénération wallérienne. E. RICKLIN.

LAYRAL. Le spasme du pylore dans l'intoxication saturnine (*Loire méd., 15 mars 1897*).

L'auteur rapporte deux observations de spasme du pylore particuliè-

Digitized by Google

rement intéressantes au point de vue des erreurs de diagnostic auxquelles ce spasme peut conduire.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 36 ans chez lequel des troubles digestifs, vomissements, constipation, coliques sourdes, accompagnés d'un énorme amaigrissement avec teinte cachectique avaient fait porter le diagnostic de cancer de l'estomac. Le ventre était rétracté. La gastrotomie fut alors discutée, lorsqu'une nouvelle exploration du malade fit reconnaître une contracture très prononcée du sphincter anal, une diminution de calibre de tout l'intestin, transformé en cordon dur, donnant la sensation d'un tuyau à gaz en caoutchouc, et l'existence sur les gencives d'un liseré très net, le liseré de Burton. Il ne s'agissait que d'une intoxication saturnine, dont le traitement eut facilement raison.

La seconde observation a trait à un homme de 52 ans ayant été atteint antérieurement de deux pleurésies, d'hématémèses et de mélœna. Ces derniers accidents ne s'étaient pas reproduits depuis une quinzaine d'années, lorsque de nouveaux troubles de l'estomac avec amaigrissement firent diagnostiquer une sténose du pylore avec dilatation stomacale. Quelque jours plus tard, la véritable cause des accidents était reconnue ; le saturnisme seul était en cause et disparaissait sous l'influence du traitement. OZENNE.

SIREDEY et GROGNOT. Accidents nerveux précoces du mal de Pott (*Soc. méd. des hôp., 26 fév. 1897*).

L'intérêt des 4 observations publiées réside dans le long intervalle qui s'est écoulé entre les manifestations nerveuses initiales et l'apparition des signes caractéristiques du mal de Pott.

Dans trois cas, les premiers indices des lésions spinales se sont montrés plus de 2 ans avant l'apparition de la déviation du rachis, ou de l'abcès ossifluent symptomatique; dans le dernier, 9 mois seulement séparèrent les deux séries de signes. Dans tous les cas, la douleur fut le phénomène initial revêtant l'aspect de névralgies tenaces, très intenses, résistant à toute thérapeutique, et d'allure extensive. H. L.

HAYEM. Présentation d'un malade atteint de lymphadénie aleucémique, avec lipomatose périganglionnaire (*Soc. méd. des hôp., 5 mars 1897*).

Un homme de 38 ans, obèse, vigoureux, présente des tuméfactions énormes au niveau de la face, du cou, des aisselles, des aines ; ces tumeurs sont demi-fluctuantes sans limites précises ; par places, on y sent des petites masses arrondies, dures, roulant sous le doigt. Ce sont des ganglions hypertrophiés, noyés au milieu d'une énorme masse de tissu adipeux.

Le foie et la rate sont normaux ; il n'y a qu'une leucocytose très légère ; les tuméfactions ganglionnaires ont débuté il y a 5 ans et se sont étendues très lentement, sans douleur ni fièvre. L'iodure de potassium et l'arsenic ont échoué. Le traitement thyroïdien a amené une notable amélioration. H. L.

Digitized by Google

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

STAPFER. Traité de kinésithérapie gynécologique (*In-8°, Paris, 1897*).

Ce traité se compose de deux parties : l'une est la traduction de la 2° édition allemande du livre de Thure Brandt : « Du traitement des maladies des femmes », l'autre propre à Stapfer se compose de l'exposition de deux ordres de faits, les uns n'étant que la reproduction des préceptes avancés par Brandt, les autres étant des expériences et des hypothèses pour les justifier.

Le traitement de Brandt se compose : 1° du massage des organes génitaux : frictions circulaires, vibrations, effleurage, étirement, pression, élévation ; 2° d'exercices gymnastiques qui ont la prétention de congestionner, de décongestionner les organes contenus dans le bassin ou qui, étant indifférents pour la circulation pelvienne, auraient cependant une action sur la santé générale.

Stapfer, par une exposition claire, par de très nombreuses figures, nous rend très faciles à comprendre les manœuvres conseillées et par de très nombreuses observations suivies de succès, il fait un chaud plaidoyer au profit de ce traitement.

Si l'on accepte le haut patronage qui a été accordé à ce traitement par Schutze et Shauta, si on lit les nombreux ouvrages publiés pour sa défense par Profanter, Prochownik, Bourcard, auxquels vient se joindre celui de Stapfer, il ne semble pas permis de rejeter sans examen sérieux une méthode thérapeutique qu'on nous affirme avoir une importance de tout premier ordre.

Comme propre à l'auteur, je dois insister sur ses idées concernant la pathogénie gynécologique. Pour lui, la congestion utérine, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire péri-utérin que du pus ou non soit disséminé dans de petites mailles de tissu cellulaire, le relâchement des ligaments jouent un rôle pathogénique prépondérant. Quant au massage abdomino-pelvien, l'auteur lui attribue non seulement une action locale, mais encore une action dynamogénique très importante. Nous avons déjà analysé dans cette revue les travaux de l'auteur sur la syncope et la thèse de Romano dont les conclusions sont reproduites dans ce traité. PORAK.

DU BOUCHET. Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines (*Thèse de Paris, 1897*).

D'observations personnelles, l'auteur conclut qu'en dehors de la puerpéralité, le gonocoque est capable à lui seul d'infecter l'utérus préalablement sain. Le gonocoque est un microbe de passage. On ne le trouve

Digitized by Google

seul qu'au début de la métrite. Il favorise la pénétration et le développement de microbes variés, notamment de saprophytes. Après avoir été associés au gonocoque, on peut les trouver seuls dans l'utérus.

Contrairement à l'opinion générale qui voit dans le streptocoque l'agent le plus habituel de l'infection puerpérale, on rencontre les microbes les plus variés, le gonocoque compris. Les espèces anaérobies de la putréfaction jouent un rôle important, soit qu'elles aient une action qui leur est propre, soit qu'elles augmentent la virulence du streptocoque. Dans la majorité des cas l'infection puerpérale semble résulter d'un processus de symbiose. La plaie utérine est la condition nécessaire de l'infection, contrairement à ce qui se produit dans l'infection par le gonocoque.

Dans quelques cas de métrite, enfin, on ne trouve pas de microbes. On peut comprendre ces faits en admettant que les microbes ont existé à un moment donné et ont provoqué des lésions qui persistent, même après leur disparition. On peut encore admettre, et cela est très vraisemblable, qu'il n'y a jamais eu de microbes dans le processus pathologique.

PORAC.

BLANC. 3 observations de métrites virginales hémorragiques guéries par le curetage (*Loire méd., 15 déc. 1896*).

1° Jeune fille de 16 ans et demi, scrofuleuse. A 15 ans, première menstruation; depuis la deuxième époque, hémorragies utérines presque continues et depuis trois semaines pertes de sang très abondantes. Etat syncopal. Le curetage ramène des fongosités blanchâtres, dures et consistantes. Pendant six mois, retour normal des règles. Les hémorragies ayant reparu, nouveau curetage; fongosités molles. Guérison maintenue depuis six ans.

2° Jeune fille, de 15 ans. Signes de scrofule. Menstruation à 14 ans. Depuis la deuxième époque, perte continue plus abondante à l'époque des règles. Anémie accentuée. Curetage : fongosités blanchâtres et dures. Guérison depuis un an.

3° Jeune fille, 14 ans, d'apparence robuste, également atteinte de métrite hémorragique depuis six mois. Curetage : fongosités grisâtres, molasses. Guérison maintenue depuis une année.

OZENNE.

A. RICHARD. Contribution à l'étude des métrites séniles (*Thèse de Paris, 1896*).

Parmi les endométrites, que l'on observe chez les femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause, l'endométrite fétide présente un intérêt tout particulier à cause de sa confusion possible avec le cancer du corps de l'utérus. Assez souvent ce diagnostic est impossible à établir d'après les seules données de la clinique. Il faut alors en appeler à l'examen microscopique de fragments de la muqueuse, ce qui permet de reconnaître, avec Cornil, que : « quelles que soient les modifications que subit l'épithélium, la forme et la disposition des cellules ne prennent jamais, dans le cas de métrite, la régularité qu'elles affectent dans le cas d'épithéliome. »

Mais cet examen microscopique n'est pas toujours concluant. En cas de doute, il est indiqué de pratiquer tout d'abord la dilatation avec le

Digitized by Google

curetage et le drainage, qui amèneront rapidement la guérison, s'il s'agit d'endométrite. OZENNE.

KIEFER. Ueber die Virulenzverhältnisse der Adnexeiterungen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 51, p. 1161, 28 déc. 1896*).

L'examen bactériologique de 40 cas d'opérations sur les annexes utérines dans lesquels le péritoine avait été souillé de pus au cours de l'intervention, montre, comme les résultats cliniques, que la moyenne de virulence du pus des annexes est très minime. Aucune femme n'a succombé à l'infection et deux seulement ont eu des abcès des parois abdominales. Cela tient aux conditions d'existence déplorables que les microbes pyogènes rencontrent dans le bassin, à cause de l'enkystement rapide et complet; ils périssent en général dans le laps de six mois à un an par suite de la production exagérée de leurs toxines; toutefois, ces toxines peuvent continuer à exercer une action nocive un certain temps.

Dans les cavités purulentes, communiquant avec l'intestin ou le vagin, les germes pathogènes conservent beaucoup plus longtemps leur virulence, comme c'est le cas dans l'utérus et l'urètre. J. B.

J. BŒCKEL. Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes (*Gaz. méd. Strasbourg, 1er mai 1897*).

Avant la ménopause, l'hystérectomie vaginale ne devra être pratiquée dans les prolapsus génitaux qu'à titre exceptionnel :

a. Lorsque les opérations plastiques tentées antérieurement auront échoué;

b. Lorsque l'ancienneté et le volume du prolapsus feront pressentir un insuccès certain par l'emploi des méthodes d'autoplastie seules;

c. Lorque la réduction ne pourra être maintenue par suite d'hypertrophie utérine;

d. Lorsque le prolapsus, en quelque sorte étranglé, ne pourra être réduit.

L'hystérectomie vaginale devra toujours être suivie de la colpopérinéorraphie immédiate. Celle-ci devra être très largement faite. Le succès n'est certain qu'à cette seule condition. Sur 8 cas l'auteur a eu 8 guérisons.

Après la ménopause, l'hystérectomie vaginale, toutes choses égales d'ailleurs, ne présentera plus de contre-indication. A. C.

I. — GESSNER. Ueber tödtliche Lungenembolie bei gynäkologischen Erkrankungen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 32, p. 724, 10 août 1896*).

II. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin (*Ibid.*).

I. — Travail basé sur 20 observations de la clinique gynécologique de la Faculté de Berlin. Mahler a indiqué un symptôme permettant le diagnostic précoce de thromboses cachées. C'est la fréquence du pouls. Gessner ne l'a pas trouvé aussi constamment que le dit Mahler. Cela

Digitized by Google

tient surtout à ce que chez la moitié de ses femmes, les thromboses résultaient de processus infectieux fébriles qui s'accompagnent déjà d'une augmentation dans la fréquence du pouls. Comme cause d'embolies, viennent ensuite les altérations cardiaques. Parmi les néoplasmes, ce sont les myomes et les tumeurs malignes qui occasionnent le plus souvent des thrombus. Il est à remarquer que la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire, bien qu'elle s'accompagne régulièrement de thromboses des vaisseaux pédiculaires, ne donne pas lieu à des embolies. On peut affirmer que les embolies pulmonaires sont presque toujours la résultante de plusieurs facteurs étiologiques. Le pronostic en est mauvais, d'une façon presque absolue, parce que les embolies capillaires sont presque toujours les avant-coureurs d'une embolie pulmonaire mortelle. Le traitement doit donc être prophylactique.

II. — *Olshausen* insiste sur la distinction nécessaire entre les embolies des grosses branches de l'artère pulmonaire, en général immédiatement mortelles, et les embolies pulmonaires capillaires qui par elles-mêmes n'entraînent presque jamais la mort. Les premières se montrent à la suite de thromboses des grosses veines fémorales et pelviennes, thromboses d'origine purement mécanique, dues à la compression exercée par des myomes volumineux, ou thromboses puerpérales consécutives à la dilatation des veines; le détachement de fragments du thrombus est souvent provoqué par un changement dans la pression (opération, ablation de la tumeur, mouvements du corps). Les castrations pour myomes entraînent la production d'embolies principalement lorsqu'on a piqué les veines dilatées du ligament large, ce qui amène la formation de thrombus à leur intérieur. Il en est tout autrement des embolies capillaires du poumon. Elles dépendent presque toujours de la fonte purulente de thrombus de petites veines, telles que les utéro-ovariennes, ou bien encore de thromboses environnant des cancers sanieux; ce ne sont pas alors les embolies qui causent l'issue fatale, mais bien l'infection purulente.

Gottschalk a vu chez une femme très obèse survenir, le 9e jour après une opération dans laquelle les veines utéro-ovariennes avaient été liées dans leur continuité, une embolie mortelle des deux artères pulmonaires, consécutive à la thrombose de ce plexus veineux. Tous les organes de la malade, cœur compris, étaient sains. En outre, il a observé un cas d'embolie pulmonaire puerpérale chez une primipare à placenta vicieusement inséré.

A. Martin, comme symptôme présageant une embolie, attache plus d'importance à la mollesse du pouls qu'à sa fréquence. J. B.

I. — V. PAUCHET. Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus; résultats éloignés et comparés (*Thèse de Paris, 1896*).

II. — Le même. Même sujet. (*Bulletin méd., 9 déc. 1896*).

I et II. — P. rapporte 257 observations recueillies dans le service de Richelot. Sur 96 laparotomisées, 62 étaient guéries définitivement (64,5 0/0); sur 161 hystérectomisées, 151 guéries (94 0/0). Il conclut que la cause générale des insuccès, commune aux deux modes de castration,

Digitized by Google

réside dans le tempérament des opérées; celles-ci sont alors des arthritiques nerveuses qui continuent à souffrir malgré un état général excellent et une guérison locale absolue. La supériorité de l'hystérectomie vaginale sur la laparotomie tient à ce que, après cette dernière opération, l'utérus a été laissé en place et est devenu le point de départ de phénomènes inflammatoires ou douloureux. Donc, chaque fois que l'état des lésions obligera le chirurgien à sacrifier la fonction ovarienne par un traitement radical, il devra recourir à l'hystérectomie vaginale. Celle-ci, dans les cas graves, provoque moins de « choc » que la laparotomie, risque moins de contaminer le péritoine, ne donne pas lieu à des éventrations et surtout permet de laisser en place, après simple ouverture, des poches adhérentes qu'il serait dangereux de décortiquer. En cas de lésion bilatérale des annexes, chaque fois qu'il y aura contre-indication à la voie vaginale ou indication spéciale à la voie sus-pubienne (par exemple, espérance de l'unilatéralité des lésions), c'est-à-dire dans 1/3 des cas environ, on aura recours à la castration utéro-annexielle complète par la voie abdominale. VICTOR VEAU.

GOELET. Technique of vaginal ligation of the uterine arteries for uterine fibromata (*Med. Record, 6 mars 1897*).

G. estime que l'intervention préconisée aux États-Unis par Martin et en Europe par Gottschalk, n'occupe pas en chirurgie gynécologique le rang qu'elle devrait occuper. Cependant cette intervention trouverait son indication dans certains cas où elle aurait alors sur l'hystérectomie l'avantage d'être d'une exécution simple, sans dangers si l'asepsie est rigoureuse, facile à pratiquer, n'insexuant pas la femme et provoquant dans les six mois qui suivent la ligature des artères une atrophie complète ou presque complète de la tumeur fibreuse. CART.

MERMET. Fibromyome utérin sous-péritonéal télangiectasique; hydrosalpinx secondaire et gigantisme annexiel (*Soc. anat. de Paris, p. 539, juill. 1896*).

Chez une femme de 50 ans, Schwartz enleva, par la voie abdominale, un fibrome utérin avec les annexes; la guérison fut rapide. La tumeur pesait 8 k. 700, son caractère était nettement télangiectasique. La cavité utérine avait 28 centimètres de longueur : son diamètre au niveau des cornes utérines était de 8 centimètres. Les annexes présentent un véritable gigantisme. Les trompes dont l'orifice tubo-utérin est oblitéré sont très distendues; leur longueur atteint 20 à 25 centimètres. Leur contenu est une sérosité jaunâtre, citriné : leurs parois n'ont que 1 à 2 millimètres. Les ovaires présentent un développement analogue; ils ont 10 à 12 centimètres de longueur. Leur consistance est dure, scléreuse, leur parenchyme est cirrhotique et l'albuginée est épaissie. Cette hypertrophie porte également sur les ligaments ronds et larges; la base de ce dernier, est à gauche, le siège d'une énorme varicocèle : il y avait là des sinus veineux du volume de l'index. MAUBRAC.

M. HOFMEIER. Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Sterilität (*Berlin. klin. Woch., 26 oct. 1896*).

Pour rechercher l'influence des fibromes utérins sur la stérilité, H. dispose actuellement de 327 observations personnelles qui se décomposent

Digitized by Google

ainsi : 68 filles (20,8 0/0), 259 femmes mariées (79,2 0/0) parmi lesquelles 67 (20,5 0/0 du chiffre total) n'avaient pas conçu d'enfants ; les mariages étaient stériles depuis 16 ans, et l'âge moyen de ces femmes sans enfants était de 41 ans 8. D'autre part, parmi les 202 femmes qui avaient mis au monde des enfants, le chiffre moyen des grossesses s'élevait à 3,2 et 46 (soit 14,1 0/0 du chiffre total) n'avaient eu qu'une grossesse, tandis que les multipares en avaient eu en moyenne 4 1/2. Parmi les 68 célibataires, 5 avaient eu une ou plusieurs grossesses.

La proportion des mariages stériles parmi les femmes ayant des fibromes de l'utérus peut sembler considérable, mais il n'en est plus ainsi quand on se livre à la même enquête dans un milieu de femmes atteintes d'affections génitales, ainsi que l'a fait H. sur 2,220 clientes de sa clinique, 252 (11,3 0/0) n'étaient pas mariées; 503 (22,6 0/0) avaient une stérilité primaire ou acquise, à savoir 327 (15 0/0) une stérilité primaire et 172 (8 0/0) une stérilité acquise. L'âge moyen de 100 femmes à stérilité primaire était de 28 ans ; la durée de leurs mariages stériles de 5 ans et demi. L'âge moyen de 100 femmes à stérilité acquise était de 32 ans 9, et la durée de leur stérilité consécutive à une grossesse unique, 9 ans. H. conclut qu'il n'est pas possible d'expliquer par son fibrome la stérilité d'une femme. D'ailleurs, les fibromes utérins n'ont pas d'influence non plus sur la fécondité des femmes qui en sont atteintes. D'après la statistique, la fécondité moyenne est de 4 1/2 en Saxe et de 4,32 à 4,96 en Bavière. J. B.

SEGOND. Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes (*Progrès méd., 13 fév. 1897*).

Segond a pratiqué 600 hystérectomies par le procédé de Péan. Au point de vue des fibromes, il établit trois variétés : 1° les fibromes pelviens ; 2° les fibromes siégeant au-dessus de l'utérus ; 3° les fibromes intra-utérins. Il pratique dans ce dernier cas d'abord l'incision du vagin, puis la libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur, pose deux pinces sur les utérines, sectionne la base des ligaments larges, résèque le col, fixe la paroi utérine postérieure avec une forte pince, morcelle le corps utérin, sans hémostase préalable ; le morcellement est l'opération de choix tant que le fibrome ne dépasse pas l'ombilic.

Les blessures de la vessie sont possibles, soit au début, quand on libère la lèvre utérine antérieure, soit plus tard, par le fait d'une forcipressure, ou d'un emploi brutal des valves qui doivent la protéger ; il reconnaît l'avoir blessée 10 fois ; deux fois il a blessé l'uretère ; en règle on ne reconnaît ces blessures qu'à la chute des escarres. La complète libération préalable du col est le meilleur moyen d'éviter la blessure de l'uretère ; il ne faut pincer les utérines qu'après avoir décollé les parties molles pré-utérines, surtout sur les parties latérales.

Dans un cas de pelvi-péritonite il a incisé le rectum d'emblée en ouvrant le cul-de-sac postérieur ; d'habitude c'est dans les derniers temps du décollement postérieur qu'on intéresse l'intestin, et ceci n'arrive que dans

Digitized by Google

les cas de pelvi-péritonite ; toutes ces plaies secondaires ont guéri spontanément.

L'entérocèle adhésive peut être un vrai danger ; on l'évite en ne faisant que ce que l'on voit ou en se fiant à des sensations digitales bien nettes; dans trois cas il a eu des déchirures d'intestin, et une fois une résection de plusieurs centimètres. Si le cas est trop difficile il faut savoir se borner à une opération incomplète. Quelque étroites que soient les adhérences, on peut enlever par le vagin tout ce qu'on pourrait enlever par le ventre.

Il a eu quelques hémorragies tardives sans gravité, du 8e au 12e jour; jamais d'hémorragies opératoires. On ne doit placer les lanières de gaze qu'après une inspection minutieuse du champ opératoire. H. L.

I. — SCHWARTZ. Torsion du pédicule des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus (*Bulletin méd., 9 déc. 1896*).

II. — HEURTAUX. Myofibrome de l'utérus à pédicule tordu : ablation, guérison (*Bulletin Acad. de méd., 22 déc. 1896*).

I. — Une femme de 46 ans présentait, depuis quelques années, des troubles menstruels. Puis survinrent des douleurs abdominales très vives avec alternatives de diarrhée et de constipation. A gauche du fond de l'utérus était une tumeur volumineuse et douloureuse à la pression. Par la laparotomie, on trouva une masse grisâtre et élastique, ayant l'aspect d'un kyste à pédicule tordu enflammé; une ponction donna issue à du sang. C'était un fibrome à pédicule tordu (3/4 de tour), inséré à la corne gauche de l'utérus, ayant subi par le fait de la torsion des altérations importantes et déterminé des phénomènes de péritonite subaiguë et des adhérences intestinales.

On ne connaît guère que trois faits analogues.

II. — Une femme de 48 ans souffrait, depuis 3 ans, de crises douloureuses siégeant dans la fosse iliaque gauche et s'accompagnant de vomissements constipation, dysurie. La présence d'une tumeur fit diagnostiquer un kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu. Laparotomie. La tumeur était unie aux organes voisins par des adhérences peu résistantes. C'était un myo-fibrome plus gros que les deux poings et inséré à la corne gauche de l'utérus par un pédicule gros comme l'index, long de 5 à 6 centimètres et ayant subi un tour complet. LEFLAIVE.

DEPAGE. Fistule vaginale consécutive à une hystérectomie : suture après débridement du vagin par l'incision de Schuchardt (*Ann. Soc. belge chir., 15 déc. 1896*).

Femme de 44 ans, atteinte de fibromes multiples de la matrice avec kyste de l'ovaire droit et salpingite catarrhale gauche. Hystérectomie vaginale suivie d'une hémorragie abondante nécessitant, malgré la forcipressure, un tamponnement. Phénomènes de choc inquiétants combattus par des injections de sérum artificiel. Le douzième jour, on constate l'existence d'une large fistule vésico-vaginale supérieure, qu'on opère par l'incision para-sacrée de Schuchardt. La réunion est obtenue; mais, dans la suite, se montrent des accidents de cystite purulente; on reconnaît, par le cystoscope, qu'ils sont dus à la persistance de fils de soie au niveau de la cicatrice de la fistule. Ablation de ces fils par l'urètre dilaté et guérison. OZENNE.

Digitized by Google

GIRESSE. Des occlusions intestinales consécutives à l'hystérectomie vaginale (*Thèse de Paris, 1896*).

A la suite de l'hystérectomie vaginale, on note parfois des accidents de pseudo-étranglement (paralysie de l'intestin par action réflexe et troubles moteurs d'origine péritonique) qu'il faut distinguer des accidents d'étranglement par obstacle mécanique (adhérences, compression, constriction de l'intestin, bride épiploïque, etc.). Le diagnostic est le plus souvent d'autant plus difficile à poser que fréquemment l'occlusion et la péritonite sont associées. Ce n'est que par une étude minutieuse de chaque symptôme que l'on arrivera de temps en temps à reconnaître la véritable nature de la maladie, en considérant le début de l'affection, la marche de la température, l'état du pouls, le ballonnement et la sensibilité du ventre et l'exagération des contractions péristaltiques, signe de grande valeur dans l'occlusion.

Le traitement de ces occlusions doit être chirurgical et, d'après Giresse, c'est à l'anus contre nature qu'il faut recourir de préférence à la laparotomie qui expose à un choc trop considérable. OZENNE.

P. BERGER. Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urètre : guérison (*Bulletin Soc. chir., XXIII, p. 142*).

Cette fistule très étendue (6 cent. de diamètre) était compliquée d'oblitération cicatricielle complète de l'orifice vésical de l'urétre. B. fit dans un premier temps la reconstitution de l'orifice vésical en incisant le diaphragme situé à son niveau et en suturant les muqueuses urétrale et vésicale. Après avoir dilaté le vagin pendant 3 mois, il pratiqua dans un deuxième et troisième temps l'avivement et la suture des lèvres de l'orifice vésico-vaginal. L'occlusion fut complète et le rétablissement des fonctions vésicales très satisfaisant.

B. rappelle les préceptes de Bozeman qu'il considère comme très importants pour assurer le succès de toutes les opérations de fistule vésico-vaginale : Dilatation graduelle et prolongée du vagin par les bougies dilatatrices et le tamponnement, section des brides vaginales qui résistent à la dilatation. Pour faciliter l'opération, on peut mettre la malade dans la position génu-pectorale, qu'on maintient avec le support de Bozeman, mais le décubitus dorsal avec forte élévation du bassin suffit.

Berger a modifié le mode de suture ; il a refoulé du côté de la vessie la collerette muqueuse constituée par la dissection du pourtour de la fistule et l'a fixée par une suture en bourse. Cette modification lui avait donné un assez bon résultat dans un cas antérieur ; mais il y a renoncé, car il en résulte la production dans la cavité vésicale d'une sorte de fongus dont la présence peut être l'origine de complications (dépôt mucopurulent dans les urines, hématurie). J. VANVERTS.

EMANUEL. Ueber gleichzeitiger Vorkommen von Carcinose und Sarkom in Uteruskörper (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXIV, 1*).

Il s'agit d'une hystérectomie vaginale, pratiquée par Veit, chez une femme âgée de 47 ans, qui avait depuis 1 an un écoulement leucorrhéique et san-

Digitized by Google

guinolent, et qui souffrait de vives douleurs dans le bas-ventre. Le toucher intra-utérin avait démontré l'existence d'une tumeur, dont un fragment avait été enlevé et examiné au microscope. On avait diagnostiqué un sarcome à cellules rondes.

L'examen de l'utérus enlevé fut particulièrement intéressant. On trouva dans son intérieur une tumeur implantée sur la face postérieure et le fond de l'organe, de la grosseur d'un œuf, de consistance molle, lisse à sa surface : c'était le sarcome diagnostiqué avant l'opération.

Mais un examen microscopique montra que la muqueuse utérine tout entière était en même temps le siège d'une dégénérescence carcinomateuse.

Ce fait de la coïncidence du sarcome et du carcinome dans l'utérus est extrêmement rare. CH. MAYGRIER.

BOUILLY. Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus (*Bulletin gén. de thérap., 28 fév. et 15 mars 1897*).

Pendant une période d'environ 10 ans 1/2 Bouilly a pratiqué 127 fois l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus; 66 malades seulement ont pu être revues et suivies sur les 102 qui ont survécu.

La mortalité a été de 19 0/0, mais il est à remarquer qu'elle a été surtout élevée dans les premières années, alors que ni la technique, ni les indications n'étaient suffisamment connues ; en 1895, 25 cas ont été opérés avec un seul décès; en 1896, 17 cas également avec une seule mort.

Les causes de la mortalité ont été la septicémie péritonéale (10 cas), le choc opératoire (5), l'hémorragie (2), l'urémie (2), l'embolie (2), le diabète (1), la broncho-pneumonie (1), la perforation intestinale (1).

Les cas les plus favorables pour l'intervention sont ceux dans lesquels le cancer est bien limité à une lèvre ou aux deux lèvres du col, sans destruction avancée de cet organe, avec intégrité de la voûte vaginale, des culs-de-sac, mobilité parfaite du corps, sans aucune douleur péri-utérine ni abdominale.

Une condition favorable encore, en apparence, est représentée par le cancer primitif du corps sans envahissement du col.

L'âge semble tenir une des premières places dans l'appréciation du pronostic opératoire et dans la détermination de l'intervention. Chez les jeunes femmes avant 30 ans et dans les quelques années qui suivent cette période, les résultats thérapeutiques sont absolument mauvais, la lésion récidive d'une façon presqu'immédiate. D'autre part, à partir de 60 ans l'intervention devient et doit être exceptionnelle, en raison de la lenteur de la marche et de la bénignité du cancer à cet âge.

Les récidives les plus précoces ont été constatées après 1 mois, les plus tardives après 4 ans 1/2, et la survie la plus longue observée a été de 6 ans. Entre 30 et 37 ans la moyenne de date de récidive est de 6 ou 7 mois après l'opération. G. LYON.

LE NADAN. Étude sur les kystes hydatiques de l'ovaire (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Les hydatides peuvent arriver dans l'ovaire soit par la voie sanguine ou la voie lympathique, soit peut-être en traversant directement le rectum

Digitized by Google

ou le vagin. Le diagnostic en est très difficile. La coexistence d'autres tumeurs hydatiques, d'après Demons, peut avoir une grande importance à ce point de vue. Pronostic grave, commandant une intervention chirurgicale rapide : laparotomie et marsupialisation du kyste. 38 observations, dont 1 personnelle. A. VENOT.

Karl BODEN. Ueber drei mit Ovarünum siccum..... (Le traitement par l'extrait ovarien) (*Deutsche med. Woch., p. 727, 5 nov. 1896*).

1er *cas.* — Multipare de 25 ans ayant subi une laparotomie (castration ?). Troubles digestifs, vomissements et céphalée violente. Tous ces malaises disparaissent après quinze jours de traitement par les tablettes de Merck à l'extrait ovarien ; 2 à 4 par jour.

2e *cas.* — Multipare de 47 ans. Troubles de la ménopause qui cèdent rapidement sous l'influence du même traitement.

3e *cas.* — Epilepsie chez une jeune fille de 18 ans. Les attaques ont paru à peu près en même temps que la menstruation, vers 14 ans. Les règles sont peu abondantes, bien que la malade ne présente aucune affection tendant à enrayer la fonction menstruelle, l'épilepsie se montre sous forme de petit mal et de grandes attaques ; en général, les règles semblent avoir une influence bienfaisante, les accès disparaissent ou sont moins nombreux à ce moment ; le bromure paraît agir. Sous l'influence du traitement ovarien, porté à la dose de 8 tablettes par jour, les petits accès deviennent très rares et les grandes attaques ont disparu depuis un mois, alors qu'auparavant, elles revenaient régulièrement tous les quatre ou cinq jours. H. DE BRINON.

H. LISSAC. Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme : opothérapie ovarienne (*Thèse de Paris, 1896*).

Les troubles que l'on peut observer à la suite de la castration sont des bouffées de chaleur, un état neurasthéniforme, des phénomènes congestifs et hémorragiques, des troubles de la nutrition et des modifications du sens génital. Contre ces différents accidents, en particulier contre les premiers, l'opothérapie ovarienne ne serait pas impuissante. L'auteur rapporte l'observation de 15 malades qui ont été notablement améliorées à la suite de ce traitement. OZENNE.

AHLFELD. Zur Mechanik der Scheidenausspülungen (Techniques des injections vaginales) (*Centralbl. f. Gyn., 19 sept. 1896*).

Ahlfeld recommande de pratiquer les injections vaginales suivant les règles suivantes, si l'on veut éviter certains dangers, comme celui d'infecter l'utérus avec les sécrétions du vagin et du col.

On devra se servir de canules en verre, dont les trous seront disposés latéralement et jamais à l'extrémité de la canule.

L'injection ne sera jamais faite sous une forte pression.

On facilitera l'écoulement en retour du liquide par les moyens appropriés.

Si on n'a pas sous la main de canule en verre, on aura soin de bien désinfecter, préalablement à l'injection, la vulve et le vagin avec de la ouate imbibée d'une solution antiseptique.

Digitized by Google

Depuis que l'auteur prend ces précautions, il n'a plus constaté le moindre accident à la suite des injections vaginales. CH. MAYGRIER.

GÖNNER. Ueber den Einfluss einseitiger Castration auf die Entstehung des Geschlechts der Frucht (De l'influence de la castration unilatérale sur la production des sexes) (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXIV, 2*).

Selingson de Moscou a cherché à vérifier l'idée émise par Hippocrate que l'ovaire droit ne produit que des garçons et le gauche des filles, et qu'il en serait de même du testicule droit et du gauche. Les recherches faites sur l'espèce humaine, appuyées sur de nombreux exemples, sont négatives. Les recherches faites sur les animaux montrent, qu'après la castration unilatérale, ils produisent aussi bien des mâles que des femelles.

Ces faits ont été vérifiés par Gönner dans l'espèce humaine et chez les lapines. Sa conclusion est que les deux ovaires comme les deux testicules sont également aptes à produire des germes mâles et femelles.

CH. MAYGRIER.

AHLFELD. Zur Diagnose der Zwillingsschwangerschaft (Diagnostic de la grossesse gémellaire) (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXXV, 2*).

Ahlfeld recommande, comme moyen de diagnostic de la grossesse gémellaire, l'auscultation faite en même temps par deux observateurs placés de chaque côté du ventre. Si l'accoucheur est seul, il aura recours à l'auscultation isolée des deux foyers. Quand il y a des jumeaux, les nombres des pulsations présentent toujours entre eux une notable différence. Pour éviter toute erreur, on aura soin de ne déplacer la femme que le moins possible.

Cette méthode d'examen est la seule que l'auteur considère comme certaine pour diagnostiquer la présence de jumeaux dans l'utérus.

CH. MAYGRIER.

I. — MAYGRIER. Grossesse gémellaire univitelline (*Soc. obst. et gyn. de Paris, mai 1897*).

II. — PORAK. Grossesse gémellaire à circulation dépendante (*Méd. moderne, 15 mai 1897*).

I. — Le placenta n'a pas été injecté, mais il est facile de reconnaître qu'il existe des anastomoses d'artère à artère. L'accouchement a eu lieu avant terme, les deux enfants sont morts. L'un était transfuseur de l'autre. Le fœtus transfusé était plus lourd que le fœtus transfuseur, son cœur était aussi hypertrophié. Ici le transfusé a profité des anastomoses existant entre les deux placentas.

II. — Pour Porak, la différence de poids des jumeaux dépend de leur âge différent dans le cas de grossesse bivitelline, des communications vasculaires lorsque leur âge est identique. En dehors des grossesses univitellines, l'âge des jumeaux peut être le même lorsque les ovules sont issus d'un même vésicule de de Graaf c'est-à-dire que la grossesse gémellaire est univésiculaire.

Digitized by Google

Les grossesses univitellines ou univésiculaires sont rares.

L'auteur en a observé un cas remarquable, qui diffère de l'observation de Maygrier, en ce sens que le fœtus transfusé, loin de bénéficier de l'excès de sang reçu, est mort asystolique, le cœur ne pouvant suffire au surcroît de travail qui lui était imposé. Il s'agissait d'une grossesse univitelline, parce que la cloison de séparation des œufs n'était constituée que par deux amnios. Les deux enfants sont du sexe féminin. La grossesse a été interrompue au 7e mois et demi. Le fœtus transfuseur a vécu quelques heures, pèse 1,200 grammes, son cœur 10gr,50, rouge, en systole, le foie 46 grammes. Le placenta est mince, petit, relativement sec. Le fœtus transfusé est en état d'asystolie, pèse 980 grammes, est mort en naissant. Hydramnios, ascite, œdème généralisé sous cutané, hydrothorax, hydropéricarde, œdème considérable du placenta. L'injection des vaisseaux placentaires n'a que partiellement réussi. Cœur 13gr,50, pâle, mou, en diastole, foie 75 grammes.

Les grossesses gémellaires à circulation dépendante sont une cause très fréquente d'accouchement prématurée et d'avortement; alors le fœtus devient papyraceus.

L'auteur rapporte trois observations de fœtus papyraceus qui justifient cette manière de voir. Les fœtus dont le cœur n'est qu'à l'état de vestige ou n'existe pas du tout, peuvent vivre à côté du fœtus bien constitué, mais à condition d'en être le parasite. Il semble, d'après ces données, rationnel de donner les divisions paracéphales, acéphales, anidiens, des monstres omphalosites d'après la structure de leur cœur et non d'après leur apparence extérieure. P.

COURNIOL. Contribution à l'étude de la présentation de la face (*Thèse de Paris, 1897*).

A retenir dans cette thèse les recherches statistiques faites à la clinique de la Faculté.

Sur 11,346 accouchements, 59 présentations de la face, soit 1/192; 1 fois sur 3, l'accouchement était prématuré.

La position M. I. D. P. est de beaucoup la plus fréquente : 41 sur 67 cas. Dans 1/3 des cas, le bassin était rétréci. Dans 17 cas le poids de l'enfant était au-dessus de la moyenne.

La mortalité a été pour les mères 1 fois pour 59 et pour les enfants 22 fois pour 59 cas.

On a dû intervenir 17 fois : 8 fois par forceps, 2 fois par la version, 5 fois par la basiotripsie. PORAK.

JELLINGHAUS. Ueber fötale Schädelform, etc. (De la forme de la tête fœtale au point de vue de l'étiologie des présentations de la face) (*Archiv für Gyn., LI, 1*).

La théorie d'Hecker sur la dolichocéphalie comme cause de la présentation de la face est vraisemblable, sans être nettement prouvée. Aux faits de dolichocéphalie congénitale observés par Hecker chez des enfants nés par le siège, l'auteur ajoute deux observations semblables qui lui sont personnelles. Dans ces deux cas, la forme de la tête n'avait pas changé quarante jours après la naissance. Il a vu également cette confor-

Digitized by Google

mation particulière chez un enfant né par le sommet. Zweifel l'a observée chez un fœtus extrait par l'opération césarienne. Elle a été constatée également sur un enfant extrait par laparotomie dans une grossesse extra-utérine.

Toutes ces observations sont en faveur de la théorie de Hecker.

CH. MAYGRIER.

R. DE SEIGNEUX. De la présentation de la tête et du mécanisme de son engagement (*Revue méd. Suisse romande, XVI, nos 5 et 6*).

Observations cliniques sur 80 femmes. Contrairement aux doctrines courantes, les trois modes de présentation, aussi bien la présentation du pariétal antérieur que celle du pariétal postérieur et que la présentation synclitique se rencontrent également. Les dimensions du bassin n'ont aucune influence sur la genèse du mode de présentation. Celui-ci est, par contre, déterminé, comme le montre l'observation clinique, par l'inclinaison de l'axe utérin sur le plan du détroit supérieur. La présentation du pariétal postérieur, loin d'être une présentation anormale et pathologique en elle-même, est au contraire infiniment plus fréquente qu'on ne l'a cru généralement jusqu'ici. Sauf certains cas exceptionnels, où il y a coïncidence de cette présentation avec une antéflexion exagérée de l'utérus, l'engagement se fait aussi facilement et sans plus de difficultés que lorsque la tête se présente au détroit supérieur en obliquité de Naegele ou en synclitisme. Chez les primipares, on observe beaucoup plus fréquemment la présentation du pariétal postérieur que celle du pariétal antérieur; chez les multipares, c'est l'inverse. Des relations qui existent entre le mode de présentation et l'inclinaison de l'utérus sur le plan du détroit supérieur, on peut conclure que cette inclinaison n'est pas constante, mais variable d'un cas à l'autre

On peut très souvent observer sur la tête des enfants nouveau-nés un chevauchement plus ou moins prononcé des pariétaux l'un sur l'autre, accompagné ou non d'une déformation de l'un de ces os. Ce chevauchement et cette déformation sont toujours absolument caractéristiques du mécanisme particulier de l'engagement, le pariétal qui s'engage en second lieu se glissant sous l'autre et subissant de la part des parois du bassin une pression qui le déforme plus ou moins. J. B.

HOHL. Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Traitement des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches) (*Archiv für Gyn., LII, 2, p. 410*).

Hohl rapporte d'abord une observation de Fehling : cet auteur a provoqué l'accouchement chez une femme enceinte de 8 mois environ, qui avait une tumeur ovarique incluse dans le ligament large, tumeur dont l'ablation était, pour cette raison, contre-indiquée.

Il cite ensuite deux faits qui lui sont personnels, de dystocie par kyste de l'ovaire. Dans l'un, le kyste s'est rompu au moment où on allait le ponctionner et l'accouchement a été terminé avec le forceps ; mais la tumeur s'est reproduite ultérieurement et a nécessité l'ovariotomie. Dans l'autre, le kyste ne pouvant être refoulé, on appliqua le forceps ; les tractions restant infruc-

Digitized by Google

tueuses, on ponctionna la tumeur entre les branches du forceps et on put alors terminer facilement l'extraction. L'ovariotomie fut pratiquée 2 heures après l'accouchement.

Enfin, viennent 2 observations d'ovariotomie faite avec succès pendant les suites de couches, l'une due à Kaltenbach, l'autre personnelle à l'auteur.

Il résume ainsi la conduite à tenir :

1° Pendant la grossesse, on doit faire l'ovariotomie autant que possible dans les premiers mois.

L'accouchement prématuré artificiel peut être indiqué dans le cas de tumeur intraligamentaire et adhérente, car alors l'ablation serait hérissée de difficultés.

2° La ponction ne doit pas être considérée comme un moyen thérapeutique à employer.

3° Pendant le travail, on essaiera d'abord de refouler la tumeur, après anesthésie.

Si l'on ne réussit pas, et s'il s'agit d'un kyste, on recourra à la ponction, ou même à l'incision par le vagin. Quand la tumeur est solide et l'enfant vivant, on fera l'opération césarienne et, suivant le cas, on pratiquera immédiatement l'ovariotomie, ou on la remettra à une date ultérieure.

Il n'est pas admissible de faire l'ovariotomie et de terminer ensuite l'accouchement par les voies naturelles.

4° Pendant les suites de couches, l'ovariotomie doit être faite le plus tôt possible, au plus tard dans la deuxième semaine. CH. MAYGRIER.

Th.-H. MORSE. Case of dermoid ovarian cyst..... removed by abdominal section during the ninth month of pregnancy (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXVIII, p. 221*).

Multipare de 30 ans, arrivée à la fin du huitième mois de sa grossesse. En l'examinant, on constate que l'excavation pelvienne est remplie par une tumeur demi-solide. Le col est repoussé en haut, derrière les pubis et presque inaccessible. Laparotomie : on attire l'utérus gravide au dehors, et on trouve la tumeur fixée par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. On libère les adhérences et on enlève la tumeur : elle est constituée par l'ovaire droit, transformé en « kyste dermoïde ». On réintègre l'utérus dans l'abdomen. — La grossesse continue son cours, et la femme accouche 25 jours plus tard d'un garçon bien portant. CH. MAYGRIER.

SCHWAB. De l'action du sulfate de quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement (*Méd. moderne, p. 17, 9 janv. 1897*).

Dans le cours d'un travail languissant, le sulfate de quinine donne des résultats positifs, parfois merveilleux ; mais il ne peut agir comme abortif. Comme ocytocique, il doit être donné par cachets de 50 centigrammes ; un seul cachet peut suffire, mais on est souvent obligé d'en donner un deuxième au bout de dix minutes. Il est indiqué dans tous les cas où autrefois on n'eût pas hésité à donner l'ergot de seigle, dont il a les avantages sans en avoir les inconvénients. GOERGES THIBIERGE.

Digitized by Google

KNAPP. Erfahrungen über Laborde's rythmische Zungentraktionen..... (*Centralbl. für Gyn., 11 juill. 1896*).

Le procédé de rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente par les tractions rythmées de la langue, imaginé par Laborde, a été peu employé en Allemagne.

Cependant, Knapp a fait 11 fois ces tractions chez des enfants asphyxiés, et il a réussi 10 fois à les ranimer. Dans 5 cas, il n'a eu recours au procédé de Laborde qu'après avoir essayé en vain des autres méthodes.

Ses conclusions sont les suivantes :

Il ne faut jamais perdre l'espoir de ranimer un enfant, même dans les cas les plus graves.

Pour juger définitivement la valeur du procédé de Laborde, il faudrait un plus grand nombre de cas.

Ce procédé est surtout applicable aux enfants avant terme, chez lesquels on ne peut employer la méthode de Schultze. Il a l'avantage de pouvoir être mis en œuvre l'enfant étant plongé dans un bain chaud. On évite ainsi le refroidissement.

Le procédé de Laborde est d'une simplicité très grande et facile à apprendre; il n'effraie ni la mère, ni l'entourage, et rend par conséquent de grands services dans la pratique privée. CH. MAYGRIER.

A. MARTIN. Rupture d'un utérus fibromateux et du vagin pendant l'accouchement; passage du fœtus dans la cavité abdominale; application de forceps : guérison sans opération (*Normandie méd., 15 oct. 1896*).

Secondipare de 38 ans. Premier accouchement avant terme ; enfant mort. Deuxième grossesse normale, pendant laquelle on constate l'existence d'un fibrome occupant le bord et la corne gauches. Le 2 juillet début du travail qui s'arrête au bout de quelques heures. La malade est placée dans un bain où elle ressent presque aussitôt une douleur très violente et une angoisse excessive. Retirée du bain elle est très faible et a des sueurs froides. Au toucher vaginal on ne perçoit plus le col, si bien que l'on croit à une dilatation complète. Par le palper abdominal on a la sensation de deux tumeurs ovoïdes et contigues, l'une dure, régulière, immobile et située à gauche (corps fibreux) et l'autre moins résistante, mobile et présentant des saillies répondant aux parties fœtales, qu'on sent comme à fleur de peau. L'inertie utérine étant complète, on applique le forceps et on extrait le fœtus qui ne peut être ranimé. Le placenta décollé est attiré au dehors par une faible traction et derrière lui l'épiploon apparaît et sort de quelques centimètres hors de la vulve. Réduction de l'épiploon.

Par le toucher vaginal on perçoit 5 semaines après l'accouchement, une bride cicatricielle allant du cul-de-sac droit à la commissure correspondante de l'orifice du col. OZENNE.

KNAPP. Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891-1895 (*Archiv für Gyn., LI, 3*).

Ce travail renferme la relation de 105 cas de rétrécissement du bassin. Les observations sont classées dans des tableaux, d'après la nature et le degré de viciation. Chaque sorte de rétrécissement a ainsi son tableau

Digitized by Google

d'ensemble où on peut se rendre compte de la durée de l'accouchement, de sa terminaison, de la mortalité et de la morbidité, etc...

Voici les conclusions de Knapp :

Les bassins viciés sont rares en Bohême.

Le nombre des bassins plats et généralement rétrécis sans rachitisme l'emporte notablement sur celui des bassins rachitiques.

La rupture prématurée des membranes est plus fréquente dans les bassins viciés que dans les bassins normaux. Elle rend en général le travail plus long.

L'expectation donne de meilleurs résultats pour les mères et pour les enfants que l'intervention.

La terminaison artificielle de l'accouchement est beaucoup plus favorable aux mères qu'aux enfants, au point de vue de la mortalité.

En effet, sur les 105 cas, la mortalité maternelle a été de 0.95 0/0, tandis que celle des enfants s'est élevée à 31, 43 0/0.

Le principe de l'Ecole de Prague est avant tout de sauvegarder la vie de la mère. CH. MAYGRIER.

Otto SARWEY. Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Thèse d'habilitation, Tubingue (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 45*, *p. 1004*, *9 nov. 1896*).

Travail basé sur 60 accouchements provoqués prématurément sur des femmes atteintes de rétrécissement du bassin, de 1888 à 1895, à la clinique obstétricale de Tubingue. Durant ce laps de temps, le nombre total des accouchements s'est élevé à 2,421, ce qui représente pour les accouchements prématurés artificiels une proportion de 2,47 0/0. Ce chiffre considérable s'explique quand on sait qu'à cette clinique la proportion des bassins rétrécis est de 15,6 0/0 et que 27 femmes y sont entrées dans l'intention de subir l'accouchement provoqué avant terme.

Le procédé le plus en faveur est celui de Kiwisch : douches vaginales permanentes; 4 ou 5 fois par jour, dans l'espace d'une demi-heure à une heure, on fait passer dans le vagin de 60 à 120 litres d'eau à la température de 30° Réaumur et avec une chute de 1 mètre de hauteur. Ce procédé a été suffisant à lui seul chez 12 femmes. Dans les 48 autres cas, on l'a combiné plus tard avec le procédé de Krause : bougie intra-utérine, et 28 fois on a obtenu ainsi le résultat désiré.

Chez les 20 autres femmes, il a fallu en outre recourir à des procédés auxiliaires : rupture de la poche, colpeurynter, seigle ergoté.

Il s'est écoulé en moyenne 76 heures jusqu'à l'expulsion du fœtus; le minimum a été de 7, le maximum de 251 heures.

4 fois on n'a pas réussi à provoquer l'accouchement, et l'on a dû pratiquer l'opération césarienne (2 fois), la perforation (1 fois), tandis que la dernière femme a accouché spontanément d'un enfant mort.

Tandis que les accouchements à terme de 24 de ces femmes avaient fourni une mortalité enfantine *intra-partum* de 67,7 0/0, leurs accouchements prématurés n'ont donné lieu qu'à une mortalité de 23,6 0/0.

Une femme a succombé (1,6 0/0) à l'infection purulente.

50 enfants sont venus au monde vivants, 10 (16,7 0/0) morts; 45 des 50 ont quitté la clinique en vie. Sarwey a pu obtenir des renseignements sur

Digitized by Google

le sort ultérieur de 36 de ces enfants nés avant terme : 28, soit 78 0/0, vivaient encore au bout d'un an. J. B.

FUETH. Zur Behandlung der Placenta prævia (*Centralbl. f. Gyn.*, 5 *sept. 1896*).

Ce mémoire renferme un tableau de 50 cas de placenta prævia observés par des médecins et sages-femmes de Coblentz.

19 mères ont succombé : mortalité, 38 0/0. Sur 53 enfants (3 grossesses gémellaires), 32 sont mort-nés et 10 ont succombé peu après la naissance; 11 seulement ont survécu : la mortalité infantile a donc été de 79,2 0/0.

Füth pense que le meilleur moyen d'améliorer ces résultats dans la pratique privée consiste à suivre la ligne de conduite que voici : 1° aussitôt le diagnostic de placenta prævia posé, provoquer l'accouchement; 2° pour provoquer l'accouchement, introduire dans l'utérus, après rupture des membranes, un colpeurynter et exercer des tractions sur cet instrument.

L'auteur rejette l'expectation et désapprouve le tamponnement qui expose les femmes à l'infection. Il rapporte une observation où l'accouchement prématuré, provoqué suivant sa méthode, a donné un succès pour la mère et l'enfant. CH. MAYGRIER.

GIBIAT. Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta sans hémorragies (*Thèse de Bordeaux*, *1896*).

Travail basé sur 11 observations, dont une personnelle, d'insertion vicieuse du placenta sans hémorragie. Dans un premier chapitre l'auteur étudie les théories destinées à expliquer les insertions vicieuses du placenta, les accidents et surtout les hémorragies. Mais l'hémorragie n'est pas inévitable toutes les fois qu'il y a insertion vicieuse du placenta. Ces faits sont connus depuis Mauriceau et Osiander (1880) et ont été bien étudiés par Mercier, en 1816, pour la première fois. Après un historique de la question, l'auteur admet que le placenta prævia peut assez souvent ne pas être accompagné d'hémorragie ; que cette absence d'hémorragie est due :

1° A la diminution ou la cessation de la circulation placentaire, soit par la mort du fœtus, soit par altérations placentaires ;

2° Au décollement graduel du placenta et formation de caillots. L'évolution naturelle du placenta s'est faite lentement et a donné au sang épanché le temps de se coaguler.

3° Enfin le siège de l'insertion a une importance capitale. A. VENOT.

G. DURANTE. Du déciduome malin ou épithélioma ectoplacentaire (*Revue méd. Suisse romande*, *XVI*, *n*os *11 et 12*, *nov. et déc. 1896*).

Durante a réuni 46 observations de déciduome malin. Il étudie plus spécialement l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette affection qui est peut-être une conséquence indirecte de l'asepsie obstétricale. Se

Digitized by Google

développant toujours à la suite d'une grossesse, elle peut être précédée d'un polype placentaire ou d'une môle hydatiforme. Le début est marqué généralement par des métrorragies répétées et incoercibles, qui se montrent jusqu'à la fin et peuvent même amener directement la mort. L'examen interne permet de constater l'existence d'une tumeur molle, friable, s'insérant en un point de l'utérus où la paroi ramollie et amincie paraît réduite à l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Tous les autres symptômes sont accessoires et inconstants. La marche très rapide aboutit bientôt à une cachexie qui emporte la malade en quelques mois, quand la mort ne survient pas plus tôt par hémorragies ou par métastase pulmonaire faisant croire à une tuberculose. La guérison n'est possible que par une hystérectomie totale et précoce. La récidive peut survenir encore 18 mois après l'opération.

Histologiquement, ce néoplasme est caractérisé par des masses plasmodiales, de volume et de forme variables, à protoplasma non différencié, chargé de chromatine, semé de vacuoles et de noyaux multiples et sans membrane d'enveloppe. Ces masses détruisent de très bonne heure les vaisseaux utérins, en édifiant à leur place un système lacunaire, jusqu'ici inconnu en anatomie pathologique, où le sang circule dans des canaux creusés en plein tissu épithélial. A côté de ces masses plasmodiales, existent souvent des cellules claires, polygonales ou arrondies, mononucléaires, originaires du mésoderme fœtal et qui ne jouent que le rôle secondaire d'éléments de soutien. Selon le mode de bourgeonnement qu'affectent ces masses plasmodiales, la tumeur pourra se présenter sous la forme villeuse ou sous la forme aréolaire.

Le déciduome est une tumeur provenant de l'ectoderme fœtal dans sa portion placentaire, un épithélioma fœtal, né soit directement de l'ectoplacenta, soit du syncytium qui en représente les débris dans le placenta à terme (*R. S. M.*, XLIII, 573 et 574 ; XLIV, 210 ; XLVII, 194 et 587).

J. B.

J. DESTERNES. Indication et rôle du bain froid dans le traitement de l'infection puerpérale (*Thèse de Paris, 1895*).

Parmi les formes de la septicémie puerpérale, il en est quelques-unes dans lesquelles le bain froid est inutile : Telles les formes frustes, atténuées, de courte durée, qui ont une tendance spontanée à la guérison et certaines formes localisées, dans lesquelles l'infection est purement locale. Au contraire, le bain froid devra être appliqué dans les formes localisées pelviennes et surtout dans les cas de septicémie grave, septico-pyohémie et septicémie maligne, alors que l'hyperthermie est considérable, l'adynamie profonde et l'intoxication générale.

Dans ces cas, la réfrigération périphérique, prolongée un certain temps, amène un abaissement de la température centrale qui dure parfois jusqu'à plusieurs heures. Il régularise la fonction nerveuse, rétablit le rythme respiratoire, tonifie les muscles cardio-vasculaires, favorise l'élimination des matières excrémentitielles et l'absorption des boissons toniques.

Une seule contre-indication locale existe, c'est la phlegmatia alba do-

Digitized by Google

lens, et encore passera-t-on outre, si la réfrigération avec les serviettes mouillées, paraît échouer. OZENNE.

TOWNSEND. Puerperal eclampsia (*Boston med. surg. Journ., 4 mars 1897*).

Sur 159 cas d'éclampsie (67 cas hospitaliers et 92 de la pratique privée), les proportions s'établirent comme suit :

	Cas.	Pour 0/0.	Décès pour 0/0.
Eclampsie ante-partum.....	29	43	38
Eclampsie inter-partum.....	17	26	23
Eclampsie post-partum.....	21	31	19
	67		
Eclampsie ante-partum.....	55	59	33
Eclampsie inter-partum.....	22	24	18
Eclampsie post-partum.....	15	16	26
	92		

CART.

MAGNIAUX. Opération de Porro chez une femme enceinte de huit mois, présentant un épithélioma du col utérin (*Normandie méd., 1er janv. 1897*).

Multipare de 34 ans. Grossesse de 8 mois et une semaine. Epithélioma du col ; hémorragie très abondante. Malade très déprimée. Laparotomie. Incision de l'utérus et extraction de l'enfant ; délivrance artificielle et hystérectomie avec pédicule extérieur. Suites normales. Chute du pédicule le 22e jour. Ecoulement vaginal fétide dû au néoplasme étendu à la paroi et aux culs-de-sac du vagin. OZENNE.

POBEDINSKY. Ein Kaiserschnitt nach Porro (*Centralbl. f. Gyn., 1er août 1896*).

Il s'agissait d'une femme de 26 ans, enceinte pour la première fois et arrivée près du terme, avec une viciation du bassin très marquée. Le diamètre conjugué vrai mesurait 6 millimètres. Le bassin était d'ailleurs fort curieux car il était à la fois rachitique, scoliotique et cyphotique.

L'opérateur a choisi le Porro de préférence à la césarienne conservatrice, parce que la femme lui a déclaré qu'elle ne voulait plus à l'avenir subir de nouveau l'opération césarienne. Il est d'avis qu'en pareil cas, on doit toujours consulter l'intéressée et lui expliquer que si elle redevient enceinte, elle ne pourra être délivrée que par un avortement provoqué ou par une césarienne.

Dans son opération, qui a été heureuse pour la mère et l'enfant, l'auteur ne s'est pas servi d'un lien de caoutchouc pour entourer le col et assurer l'hémostase. Il s'est borné, pour éviter l'hémorragie, à faire faire par ses aides une compression manuelle méthodique de tout le segment inférieur de l'utérus. CH. MAYGRIER.

Digitized by Google

HEIL. Ueber die Entstehung des Hautemphysems nach Laparotomien (De la production de l'emphysème sous-cutané après les laparotomies) (*Archiv für Gyn.*, *LII*, *3*).

Heil rapporte l'histoire d'une opération césarienne avec amputation de l'utérus et traitement rétropéritonéal du pédicule, qu'il a pratiquée chez une femme ostéomalacique, à la clinique de Heidelberg. Le troisième jour, il constata de chaque côté de la partie inférieure de la plaie un emphysème sous-cutané, qui ne disparut qu'au bout de 12 jours.

Cet emphysème ne peut s'expliquer par l'introduction de l'air dans la cavité péritonéale au moment de l'opération, la femme étant couchée sur un plan incliné ; car des recherches sur les animaux et sur des cadavres frais de nouveau-nés, placés dans cette situation, ont demontré à Heil que l'emphysème ne pouvait se produire ainsi.

Le mécanisme est le suivant : l'air peut s'introduire dans les interstices de la paroi abdominale, quand on se borne à faire des sutures profondes et superficielles. Pour éviter sûrement l'emphysème, il faut faire très exactement la suture à étages qui ne laisse aucun interstice par où l'air puisse pénétrer. Ce mode de suture est en même temps le meilleur pour prévenir l'éventration. CH. MAYGRIER.

LEOPOLD. Ausgetragene secundäre Abdominalschwangerschaft nach Ruptura Uteri traumatica..... (Grossesse abdominale secondaire à terme après une rupture utérine) (*Archiv f. Gyn.*, *LII*, *2*).

Une femme, enceinte de 4 mois, tombe dans un escalier, et ressent une douleur très vive dans le ventre. La grossesse continue pourtant son cours. A la fin du 8e mois, les mouvements de l'enfant cessent ; la femme est prise de fièvre et de douleurs abdominales. Leopold diagnostique une grossesse extra-utérine et fait la laparotomie. A l'ouverture du ventre, il trouve un fœtus mort, enveloppé dans ses membranes ; le cordon ombilical pénètre dans l'utérus par une plaie de 2 centimètres ; le placenta est intra-utérin. Amputation supra-vaginale. Guérison.

Ce fait, probablement unique, s'explique par une rupture traumatique de l'utérus à 4 mois de grossesse avec passage du fœtus dans le péritoine, où il a continué à vivre jusqu'au 9e mois. CH. MAYGRIER.

I. — J. WEILL. Spontanruptur des graviden Hornes bei Uterus bicornis..... (Rupture spontanée d'une corne gravide d'un utérus double au neuvième mois) (*Centralbl. f. Gyn.*, *14 nov. 1896*).

II. — WOYER. Ein Fall von Ureruspruptur (*Ibidem*).

I. — Une femme multipare, arrivée au 9e mois de sa grossesse, est prise d'une douleur subite dans le ventre, accompagnée de perte de connaissance. Tout est disposé pour la laparotomie, mais la mort survient avant qu'on ait le temps de la pratiquer. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, le diagnostic de la mort a été nettement établi d'après les antécédents bien connus de la femme, qui avait un utérus double. La corne droite de cet utérus était gravide ; elle s'est rompue avant tout début de travail, et il y a eu issue incomplète du fœtus dans le ventre ; l'hémorragie interne a déterminé la mort rapidement.

Digitized by Google

II. — Observation rapportée par Woyer à la Société obstétricale de Vienne : Une femme de 25 ans, secondipare, entre en travail et ressent, dès les premières contractions, une douleur brusque et violente dans le ventre. On constate un état syncopal ; elle est froide, sans parole. L'abdomen est énorme. le fœtus est mort. Le toucher permet de reconnaître que le bassin est rachitique, généralement rétréci ; le diamètre conjugué diagonal mesure 6 cent. 3/4.

Le diagnostic d'hémorragie interne est certain ; celui de rupture utérine l'est moins ; cependant on pratique la laparotomie. On trouve dans le péritoine, 1800 grammes de sang coagulé, et deux œufs libres, avec leurs membranes. On les extrait et on fait l'opération de Porro. L'utérus est largement déchiré au niveau d'une cicatrice ancienne, la femme ayant subi antérieurement déjà l'opération césarienne.

Mort de l'opérée, malgré une injection intra-veineuse de sérum artificiel.

CH. MAYGRIER.

I. — A. MARTIN. Grossesse extra-utérine avec kyste de l'ovaire : opération vaginale (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1142, 21 déc. 1896*).

II. — C. DE SEPIBUS. Grossesse extra-utérine : accouchement par le rectum durant dix ans et huit mois (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 12, p. 766, déc. 1896*).

I. — Femme de 31 ans, régulièrement menstruée depuis son dernier accouchement il y a 5 ans, et se trouvant actuellement dans une période menstruelle qui se prolonge et s'accompagne de l'issue de caillots. Pas d'augmentation de volume de l'utérus.

La moitié droite du bassin est remplie par une tumeur à parois flasques qui refoule les viscères à gauche. Annexes gauches non augmentées de volume. Lait dans les seins. M. diagnostiqua une grossesse extra-utérine du côté droit et fit la colpotomie antérieure, qui donna issue à quelques caillots. Ayant attiré le corps utérin jusqu'au-devant du vagin, il isola la tumeur de ses connexions avec le plancher pelvien et celle-ci s'étant rompue, il reconnut qu'il avait affaire à un kyste de l'ovaire. Il attira alors les annexes gauches. Sur le trajet de la trompe, se trouvait une masse bleuâtre longue de 3 centimètres et large de 1 centimètre. Ayant appliqué une ligature sur le mésosalpinx, il fendit longitudinalement la trompe et en retira le caillot caractéristique. Comme le reste de la trompe était sain, il la referma, enleva la ligature du méso et réduisit les annexes. Guérison sans incidents. Dans la paroi du kyste ovarique, était un corps jaune. Il y avait donc eu migration externe, puisque l'œuf s'était établi dans la trompe gauche, où l'avortement s'était produit dans la 2e ou 3e semaine. Un peu de sang s'était écoulé dans la cavité abdominale, tandis que l'œuf était resté au lieu de son insertion. Les villosités choriales avaient subi la dégénérescence hyaline, le syncytium était conservé par places ; il y avait de nombreuses vacuoles ; les tissus étaient le siège d'une infiltration polynucléaire considérable. La cavité de l'œuf ne laissait pas voir de déchirure. La caduque n'était plus visible dans l'utérus.

C'est le 4e cas de grossesse tubaire au début que Martin opère par le cul-de-sac antérieur du vagin ; toutes ces femmes ont guéri sans phénomènes de réaction.

II. — Au commencement de mai 1884, de Sepibus fut appelé chez une multipare âgée de 28 ans. Depuis 3 mois, cette femme, qui n'avait pas eu ses règles, avait des vomissements, de l'inappétence et un malaise général. En juillet, il constata une grossesse assez avancée et la persistance des mêmes troubles morbides. Au commencement de septembre, il ne trouva plus d'utérus gravide, bien qu'il n'y eût eu aucune perte génitale. La femme avait de la fièvre qui persista les 3 mois suivants.

Digitized by Google

De Sepibus ne la revit qu'en novembre 1886, où elle lui présenta quelques os fœtaux rendus par le rectum. Elle resta chez elle sans traitement jusqu'au 31 décembre 1891 où elle rendit par le rectum le dernier os. Dès lors, elle se rétablit assez promptement, put reprendre ses occupations et fut de nouveau normalement réglée. Le 3 janvier 1895, de S. fut rappelé auprès d'elle pour deux hémorragies rectales survenues dans la nuit ; dans les caillots, se trouvait un os crânien.

La femme avait de la fièvre, des vomissements et des douleurs abdominales indiquant une péritonite. Le 4 janvier suivant, délire et perte de connaissance ; le 5, mort dans le coma. J. B.

MALADIES DES ENFANTS.

GRANCHER, COMBY et MARFAN. Traité des maladies de l'enfance (*1er et 2e vol., Paris, 1897*).

Depuis l'ouvrage empreint d'un sens si profondément clinique de Rilliet et Barthez, il n'avait point paru de traité complet de pathologie infantile ; il n'y en avait point surtout qui fut au courant des transformations si considérables qu'elle a subies depuis ces dix dernières années sous l'impulsion des idées pastoriennes. De nombreux collaborateurs ont pris part à cette œuvre considérable, et les différents chapitres ont été confiés à ceux qui y étaient déjà préparés par des travaux antérieurs, par une compétence toute spéciale. L'unité de l'œuvre n'en souffre pas, car tous les esprits sont orientés dans le même sens. Sur bien des points les auteurs ont pu mieux préciser les symptômes cliniques, mais ce sont surtout les chapitres de l'étiologie, de la contagion, de la prophylaxie qui ont reçu des développements tout nouveaux. Il est tel chapitre, celui des infections septiques, qui montre bien l'état actuel de la science ; en outre, la thérapeutique appliquée aux enfants a singulièrement profité des progrès de la thérapeutique en général et notamment de l'hydrothérapie et de la sérothérapie.

Dans le premier volume nous signalerons les chapitres très intéressants consacrés à la physiologie et à l'hygiène de l'enfance (Comby) à la thérapeutique infantile (Marfan).

Le reste de ce volume est consacré aux maladies infectieuses ; il faut relever en particulier ceux qui concernent certaines maladies ou affections inconnues ou peu étudiées par les auteurs classiques, rubéole (Bouloche), fièvre ganglionnaire (Comby), infections septiques (Rudolf Fischl), ceux où, traitant des affections classiques, les auteurs ont dû se limiter aux particularités propres aux enfants, fièvre typhoïde (Marfan), grippe (Gillet), malaria (L. Concetti), rhumatisme (Marfan), syphilis (Gastou), tuberculose (Aviragnet).

Le tome second est réservé aux maladies générales de la nutrition et

Digitized by Google

aux maladies du tube digestif. A côté des chapitres résumant les idées classiques sur l'arthritisme et le rachitisme (Comby), sur le diabète (Leroux), il est toute une série d'articles mettant en lumière des idées neuves, des faits mal classés, tels ceux écrits par Audéoud sur les maladies du sang, et notamment l'anémie pernicieuse progressive, l'anémie pseudo-leucémique, la lymphadénie, etc., par Demelin sur les hémorragies des nouveau-nés, par Barlow sur le scorbut infantile, dont il est l'écrivain le plus autorisé.

Dans la seconde partie nous relèverons les articles sur les stomatites (Comby), les angines aiguës (Dupré), la gastro-entérite (Lesage) et enfin un certain nombre de chapitres traités par des spécialistes, lésions des amygdales (Cuvillier), ou des chirurgiens, bec de lièvre, tumeurs du plancher de la bouche (Broca), invaginations intestinales (Jalaguier), polypes du rectum et corps étrangers des voies digestives (Félizet), etc.

H. LEROUX.

SMANIOTTO-ETTORE. Recherches sur la pathogénèse du rachitisme (*Revue mens. des mal. de l'enf., mars-avril 1897*).

L'auteur rapporte d'abord les résultats des recherches sur les os de 25 enfants non rachitiques. Après cautérisation de la surface de l'os (côte ou clavicule) il aspire avec une pipette stérilisée la moelle de l'os au niveau de la diaphyse et des épiphyses, 16 fois les cultures sont restées stériles, 6 fois il a trouvé des streptocoques en culture pure, 2 fois du bactérium coli commun, 1 fois quelques rares colonies de staphylococcus pyogenes albus; l'ensemencement des épiphyses a toujours été plus riche en colonies que celui des diaphyses. Parmi les 6 cas de streptocoques, 4 venaient d'enfants morts après une diphtérie associée au streptocoque, 1 d'un enfant mort de scarlatine, le 6e d'un enfant mort de bronchopneumonie ; aucune lésion appréciable de l'os n'était survenue.

D'autre part, il a examiné 22 enfants atteints d'altérations osseuses rachitiques plus ou moins graves, dont les lésions ont été confirmées au microscope dans 19 cas. Chez les enfants qui ont souffert d'une gastroentérite chronique grave, il a trouvé dans les épiphyses des os malades un grand nombre de bactéries, surtout les microbes à habitat intestinal; le plus constant est le coli bacille, puis le bacille, qui en est très voisin, puis le streptocoque, le pyocyanique et le staphylocoque et d'autres cocci; il s'agit toujours d'associations microbiennes.

Dans le rachitisme de gravité moyenne, lié à une gastroentérite chronique, le nombre des bactéries est moindre, les variétés sont moins nombreuses. Chez les enfants morts de bronchopneumonies et avec rachitisme léger, 4 fois il a trouvé le streptocoque, une fois le pneumocoque.

Dans un cas une côte a été ponctionnée pendant la vie, et l'auteur a recueilli des streptocoques, des bacilles pyocyaniques et quelques cocci. Aussi rejette-t-il l'idée d'une invasion des os, pendant l'agonie ou après la mort, par les bactéries intestinales.

Il se rattache, comme conclusion, avec une certaine réserve, à la théorie infectieuse du rachitisme. H. L.

Digitized by Google

MORSE. A study of the blood in rickets (*Boston med. surg. Journ.*, *22 avril 1897*).

Dans la pluralité des cas, le rachitisme est accompagné d'une anémie dont le degré de sévérité est variable, mais qui est généralement congruente avec l'intensité du processus rachitique. La forme commune d'anémie est celle dans laquelle le nombre des corpuscules rouges est normal ou presque normal, mais où le pourcentage de l'hémoglobine est diminué absolument et relativement. Cette anémie est ou n'est pas accompagnée de leucocytose. La leucocytose apparaît plus fréquemment dans les cas où existe de la tuméfaction splénique que dans les autres, ce qui pourrait être dû à une augmentation de l'une ou de toutes les variétés de corpuscules blancs. La pesanteur spécifique varie avec le degré d'hémoglobine. Enfin on ne trouve pas dans le rachitisme une anémie que l'on ne saurait rencontrer dans d'autres conditions et aucune forme d'anémie trouvée dans d'autres conditions et que l'on ne pourrait rencontrer chez les rachitiques. CART.

Rudolf FISCHL. Tetanie, Laryngospasmus und ihre Beziehungen zur Rachitis (La tétanie et la laryngite striduleuse : leurs rapports avec le rachitisme) (*Deutsche med. Woch.*, *4 et 11 mars 1897*).

Le diagnostic de tétanie peut être basé exclusivement sur les contractions caractéristiques et en l'absence de tous les phénomènes de tétanie latente. La tétanie latente ne peut être affirmée que s'il existe un des signes obligés ; en première ligne, vient le signe de Trousseau, et en seconde le phénomène d'Erb ; l'excitabilité exagérée du facial et des autres nerfs moteurs ne peut être admise que comme l'indice d'un état tétanoïde. Un grand nombre de cas de tétanie qui surviennent dans les deux premières années de la vie, s'accompagnent de laryngite striduleuse ; un grand nombre de cas de laryngite striduleuse présentent l'un des deux symptômes obligés de la tétanie latente ; on est donc en droit de faire rentrer la laryngite striduleuse dans la tétanie et cependant il reste un groupe important de laryngite striduleuse qui ne présente aucun lien clinique avec cette affection (45,6 0/0, d'après les observations de Fischl).

Les rapports de la laryngite striduleuse avec le rachitisme sont encore plus marqués. Sur 108 enfants atteints de laryngite striduleuse, 69, soit 63,8 0/0, présentaient les signes de rachitisme en pleine évolution. Si l'on recherche le maximum de fréquence des 3 maladies, F. trouve, sur 32,607 enfants à Prague, pour le rachitisme le mois d'avril, pour la tétanie février et pour la laryngite striduleuse mars ; ces résultats concordent pleinement avec ceux recueillis en d'autres pays par Cassel et von Loos. On ne peut donc que constater la coïncidence fréquente qui existe entre la laryngite striduleuse et le rachitisme, mais on ne peut établir la preuve d'une intime relation entre ces deux affections.

Sur les 32,607 enfants présentés à la clinique ambulante de Prague pendant les années 1893, 94 et 95 :

2,862 soit 8,07 0/0 étaient rachitiques ; 13 soit 0,03 0/0 ont été atteints de tétanie ; 65 soit 0,9 0/0 présentaient les signes latents de tétanie ; 86 soit 0,26 0/0 étaient atteints de laryngite striduleuse.

Digitized by Google

Sur 2,862 enfants rachitiques : 13 soit 0,45 0/0 ont été atteints de tétanie ; 65 soit 2,02 0/0 présentaient les signes de tétanie latente ; 86 soit 3 0/0 ont été atteints de laryngite striduleuse.

De 1893 au milieu de 1896 26 cas de tétanie ont été notés : 16 soit 61,5 0/0 avec laryngite striduleuse ; 16 soit 61,5 0/0 avec rachitisme ; 19 soit 73 0/0 avec troubles intestinaux.

83 cas de tétanie latente ont été observés : 43 soit 51,8 0/0 avec laryngite striduleuse ; 49 soit 59,9 0/0 avec rachitisme ; 53 soit 63,8 0/0 avec troubles intestinaux.

108 cas de laryngite striduleuse ont été notés : 16 soit 14,7 0/0 avec tétanie ; 43 soit 39,7 0/0 avec tétanie latente ; 49 soit 45,6 0/0 sans aucun signe de tétanie ; 69 soit 63,8 0/0 avec rachitisme ; 63 soit 58,3 0/0 avec troubles intestinaux.

Le phénomène du facial a été noté 13 fois.

En tout ont été notés : 25 cas de tétanie ; 83 cas de tétanie latente ; 49 cas de laryngite striduleuse pure ; 13 cas de phénomène du facial isolé.

Le résultat du traitement par le phosphore dans la tétanie n'est pas assez marqué pour confirmer la parenté de la tétanie et du rachitisme. Les troubles de l'intestin paraissent jouer un rôle important dans l'étiologie de ces diverses affections.

Sur les 170 enfants, 157 avaient moins de 2 ans. Il y avait 108 garçons et 62 filles.

Il semble que la tétanie latente, la tétanie confirmée, les convulsions, la laryngite striduleuse et les formes tétanoïdes ne soient que des degrés et des combinaisons d'un état d'excitation du système nerveux infantile développé, à une certaine période de la vie, par des causes dont nous ne connaissons pas le mode d'action. Le résultat négatif des autopsies (6 faites par l'auteur) semblerait prouver qu'il s'agit d'altérations fugitives des centres nerveux provoquées par les toxines intestinales.

H. DE BRINON.

Ch. ARDAIN. Contribution à l'étude de l'infection digestive aiguë chez le jeune enfant (variétés rares) (*Thèse de Paris, 1897*).

On sait que la cause la plus fréquente de l'infection aiguë du tube digestif chez l'enfant est le lait altéré, et que le plus souvent on trouve le bacterium coli commun, doué d'une égale virulence dans le lait et dans les selles des malades. Mais il n'y a pas un microbe unique de cette affection et l'auteur rapporte 5 observations inédites dont 3 cas dus au bacille pyocyanique, 1 au bacillus proteus, 1 au bacillus mesentericus.

Ces microbes peuvent arriver dans le tube digestif de l'enfant, par une autre voie que le lait ; quelle que soit l'étiologie, le tableau symptomatique est toujours à peu près identique ; quelquefois cependant on pourra penser à une infection pyocyanique, si une diarrhée intense avec ou sans hémorragie, l'hypertrophie de la rate, la prostration donnent à la maladie un caractère typhoïde, ou mieux encore s'il existe des éruptions hémorragiques ou une suppuration bleue. De même on pourra parfois soupçonner le bacillus mesentericus s'il y a contraste entre l'intensité de

Digitized by Google

la diarrhée et le peu de retentissement général ; le seul moyen sûr de faire le diagnostic est de pratiquer l'examen bactériologique des selles. Le pronostic des infections digestives par le bacille pyocyanique est très grave. H. LEROUX.

LEGAY. Contribution à l'étiologie de la chorée (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail, inspiré par Marfan, contient une statistique établie sur 76 cas personnels. Dans 49 cas il y avait hérédité nerveuse, dans 27 elle manquait; on a relevé chez les ascendants 15 fois la tuberculose, 14 fois l'arthritisme, 11 fois l'alcoolisme. Il y a 2 maximum de fréquence, à 7 et à 14 ans. Dans 57 cas il y avait eu des maladies infectieuses au début de la chorée (30 fois le rhumatisme, 27 fois des affections diverses, rougeole, grippe, scarlatine, etc.). 6 fois on a noté des troubles fonctionnels du cœur, 14 fois des lésions organiques. H. L.

F. STEINER. Hysterische Affectionen bei Kindern (Hystérie chez l'enfant) (*Jahrb. f. Kinderh., XXIX, p. 187*).

L'hystérie est fréquente dans l'enfance. D'après une statistique portant sur 1,969 observations, 321 ont trait à l'enfance, soit 15 à 16 0/0. En dehors de la pseudo-méningite, S. insiste surtout sur les palpitations et la tachycardie.

La paralysie faciale dont S. rapporte un exemple personnel respecte comme dans la paralysie centrale le rameau supérieur.

La paralysie des muscles de l'œil, dont l'observation de S. fournit également un exemple (ptosis et strabisme) est plus rare encore chez l'enfant. Dans le cas de S. la paralysie du releveur de la paupière était certaine ; le strabisme était peut-être dû plutôt à une contraction du droit externe qu'à une paralysie du droit interne. Le blépharospasme est fréquent. L'ovarie et l'orchialgie sont fréquents et intéressants à rencontrer chez de très jeunes enfants. L'hyperesthésie a pour siège le plus fréquent les apophyses épineuses des vertèbres. L'hyperesthésie est chez l'enfant plus fréquente que l'anesthésie. Celle-ci a deux sièges de prédilection : la main et le dos du pied, mais surtout la main. S. termine par plusieurs faits de paralysie de la déglutition, de paraplégies, et insiste sur la suppression de la volonté chez les enfants hystériques. A.-F. PLICQUE.

CONDURIE. Sur l'hystérie chez les jeunes enfants (*Thèse de Paris, 1897*).

Contrairement à ce qui est enseigné jusqu'ici, l'hystérie de la première enfance n'est pas rare et l'auteur n'en a pas réuni moins de 47 cas dont plusieurs personnels, développés avant cinq ans.

L'hérédité et l'éducation sont les deux principaux facteurs de son développement. Elle se manifeste surtout par des troubles psychiques du caractère. Les attaques convulsives sont rarement complètes. Les paraparalysies, les anesthésies sont peu fréquentes. Le diagnostic sera en général facile si on pense à l'hystérie, et si on examine l'enfant à ce point de vue. Le pronostic, moins sérieux que chez l'adulte, sera d'autant

Digitized by Google

plus bénin que le traitement aura été institué de meilleure heure. Il devra être constitué surtout par une bonne direction de l'éducation, l'isolement, l'hydrothérapie. P. S.

MAGNAUX. Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la seconde enfance (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans la grande majorité des cas les enfants dyspeptiques du second âge sont des dilatés, leur dilatation remonte à la première enfance; l'hyperchlorhydrie est la règle, l'hypochlorhydrie l'exception; on peut même trouver l'anachlorhydrie. Les altérations du chimisme stomacal sont constantes, l'hyperpepsie et l'hypopepsie se rencontrent indifféremment. Les formes graves sont rares. Dans la plupart des cas, un traitement diététique a raison des troubles gastriques. H. L.

W. BROOKER. A bacteriol. and anatom. study of the summer diarrhœas of infants (*John Hopkins Hosp. Rep., VI, 1896*).

Chez l'enfant sain, pendant l'allaitement, le tube digestif renferme, à l'état presque exclusif, le *B. lactis aerogenes* (portion supérieure de l'intestin grêle) et le *B. Coli* (iléon et gros intestin). Dans la diarrhée estivale, le B. Coli est plus abondant que le B. lactis dans le duodénum et peut même y être à l'état pur ; le B. lactis aerogenes prédomine au contraire dans le côlon. Il n'y a pas de microbe spécifique de ces diarrhées ; celles-ci sont dues à la pullulation d'un grand nombre d'espèces bactériennes, particulièrement du Streptocoque et du *Proteus vulgaris*. Le Streptocoque joue un rôle important dans la formation des ulcères de l'entérite. Le Proteus vulgaris y existe dans plus de la moitié des cas, surtout dans le côlon et l'estomac. Il communique aux selles leur odeur putride. Ces divers microbes envahissent non seulement la muqueuse intestinale, mais encore les autres viscères, le poumon et même le sang. La diarrhée estivale, dans ses formes graves, est donc une maladie générale. H. VINCENT.

MARFAN. Cirrhose alcoolique chez une fillette de 4 ans (*Bulletin méd., 27 janv. 1897*).

Une fillette de 4 ans entre à l'hôpital, présentant comme symptômes une ascite notable avec un foie un peu gros, sans développement des veines, ni splénomégalie. La mère était tuberculeuse, et l'enfant avait antérieurement eu une bronchite chronique ; on crut à une péritonite tuberculeuse ; la laparotomie fut pratiquée le 29 octobre et montra l'intégrité du péritoine et des viscères, seul le foie parut plus gros et dur. Le 10 novembre, l'ascite est aussi considérable et bientôt apparaît une dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Une enquête apprit que dès l'âge de 15 mois l'enfant prenait des liqueurs, du vin coupé d'eau par moitié ; qu'à la suite de malaises gastriques elle buvait à chaque instant des grogs au rhum ou au cognac. H. L.

Digitized by Google

Henri MEUNIER. 10 cas de broncho-pneumonie infantile due au bacille de Pfeiffer (influenza bacillus) (*Arch. gén. de méd., fév. 1897*).

Meunier, après avoir résumé les caractères bactériologiques du bacille de Pfeiffer ou cocco-bacille, dit l'avoir observé chez 10 sujets ; 24 fois il a pu l'isoler, 15 fois pendant la vie, 9 fois après la mort; la ponction pulmonaire pratiquée au niveau d'un foyer broncho-pneumonique a été effectuée sur 8 malades, en tout 11 fois ; dans tous les cas sauf un elle a donné des résultats positifs ; quant aux ensemencements pris avec le sang vivant ils ont été tentés 8 fois, et sont restés négatifs 4 fois. Les ensemencements faits post mortem ont été fertiles 5 fois sur 9 malades.

Le cocco-bacille qui, à l'état naturel, a presque toujours la même forme devient assez souvent polymorphe quand il est obtenu artificiellement ou cultivé en série, il n'a pas été trouvé mobile, est seulement soumis au mouvement brownien; il se colore mal, le meilleur colorant est le ziehl ; il se décolore rapidement par la graisse. Meunier n'a réussi à le cultiver que sur des milieux ensanglantés, surtout sur de la gelose imprégnée dans du bouillon. Le meilleur sang est celui du pigeon. Il a varié les ensemencements, avec le mucus pharyngé, le sang de la veine, le suc du poumon chez les vivants, et chez les cadavres le sang du cœur et le suc pulmonaire. Les colonies sur cultures sont souvent très petites, aussi ne doit-on pas se borner à l'examen à l'œil nu ; elles consistent en un semis très fin de gouttelettes punctiformes, rondes, transparentes ; le cocco-bacille pousse d'ailleurs lentement, en 24 à 48 heures. Pour obtenir des cultures sériées, Meunier a employé les milieux sanglants, en ayant soin de ne réensemencer que des cultures encore vivaces. La recherche de l'agglutination a toujours été négative. Les injections faites à des grenouilles, pigeons, souris, cobayes et chiens furent infructueuses ; pour le lapin (8 expériences), elles furent pathogènes le plus souvent; le lapin n'a qu'une maladie passagère avec hyperthermie, anorexie, dépression ; exceptionnellement le bacille peut germer et donner lieu à des lésions anatomiques plus ou moins graves dans les poumons et les reins.

L'étude des 10 observations prouve que la clinique, d'après les seuls signes morbides, ne pouvait formuler le diagnostic de broncho-pneumonies grippales. Elles peuvent être groupées en 2 séries, l'une de 3, l'autre de 6 cas, qui se sont montrées pendant les épidémies de grippes confirmées. Meunier regarde le coccobacille grippal trouvé dans les poumons comme pathogène ; il reconnaît d'ailleurs qu'une fois dans la place ce bacille ouvre la porte aux infections banales qui se surajoutent aux streptocoques, staphylocoques, etc. H. LEROUX.

Julius RITTER. Ueber den Keuchhusten (*Berlin. klin. Woch., nos 47-48, 23 et 30 nov. 1896*).

Dans les 5 dernières années, Ritter a observé à Berlin 1,161 cas de coqueluche. Cette maladie n'a aucune prédilection saisonnière. Les 1,161 coquelucheux appartenaient à 498 familles qui elles-mêmes se trouvaient en contact intime avec 1,013 familles dont tous les membres sont restés indemnes, bien que parmi eux il y eut 3,404 enfants dont 1,351, il est vrai,

Digitized by Google

avaient déjà eu la coqueluche. Parmi les 498 familles frappées par la coqueluche, il en est 79 où quelques-uns des enfants (122 en tout) sont demeurés indemnes sans avoir eu la maladie antérieurement ou ultérieurement. Dans 10 familles, les enfants, au nombre de 37, après avoir été épargnés malgré leurs étroites relations avec les malades, ont perdu plus tard leur immunité, lors d'une autre épidémie, et ont été pris de coqueluche dans un laps de 1 à 3 ans. 5 enfants ont eu 2 fois la coqueluche. La fréquence de la coqueluche augmente rapidement jusqu'à l'âge de 2 ans, puis elle diminue tout aussi rapidement.

Des 252 adultes en contact avec les coquelucheux et n'ayant pas eu la coqueluche dans leur enfance, 13 ont été contagionnés.

Ritter a constaté 7 fois, à l'occasion de déménagements, que des chambres que venaient de quitter des coquelucheux ont pu être occupées au bout de 4 à 8 jours par des familles riches en enfants sans qu'aucun de ceux-ci fût contaminé. Néanmoins les enfants de 3 de ces familles n'étaient nullement réfractaires à la coqueluche, car dans l'espace des 3 à 9 mois suivants ils ont été atteints par l'épidémie.

Ritter combat l'idée que la coqueluche frappe surtout des enfants débiles. Il a pu examiner les crachats de 147 coquelucheux et y a sans exception constaté la présence du diplocoque qu'il a décrit (*R. S. M.*, XLII, 78; XLIV, 72).

Pour comparer la valeur curative de la quinine et du bromoforme, il a traité, au fur et à mesure que les cas se présentaient, alternativement, 2 enfants par la première et 2 par le second, en poursuivant l'expérience jusqu'au chiffre de 200 malades, soumis moitié à l'un, moitié à l'autre de ces médicaments. Le bromoforme s'est montré indubitablement supérieur. J. B.

BERNHARDT. Ueber Rückenmarkserkrankungen bei Keuchhusten (*Berlin. klin. Woch., n° 45, p. 1009, 9 nov. 1896*).

Fille d'un médecin, âgée de 5 ans, ayant eu la coqueluche en février 1892; le 10e jour, après une violente quinte de toux, paraplégie brusque avec parésie vésicale, exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs et léger affaiblissement de la sensibilité, sans rien du côté des membres supérieurs ni des nerfs cérébraux, sans fièvre, ni convulsions, ni perte de la connaissance. Amélioration au bout de 4 semaines: possibilité de lever et de fléchir le membre inférieur droit. Dès l'été, l'enfant recommence à marcher seule. L'hiver suivant, oreillons suivis d'une aggravation. En 1895, les réflexes sont encore exagérés et l'émission des urines gênée. Mais l'enfant court et fait de la gymnastique. Seul le pied droit se plie parfois en dedans et est un peu traîné en cas de fatigue. Aucune atrophie musculaire, pas de modifications de l'excitabilité électrique.

Dans la discussion, von Leyden dit avoir observé de l'hémiplégie après la coqueluche chez 3 adultes. J. B.

G.-H. MAKINS. A case of intra uterine rickets (*St-Thomas's hosp. Rep., XXIII, p. 121*).

Cette observation a trait à un enfant de 15 jours, né de parents sains, non syphilitiques, qui vint au monde avec des signes de rachitisme indéniable. Crâne développé et bombé, fontanelles énormes, ossification à peine ébau-

Digitized by Google

chée de l'occipital, cyphose, côtes aplaties et déformées, courbure des humérus, des fémurs, des os de l'avant-bras et des jambes. Le point intéressant de ces malformations osseuses est que les épiphyses étaient normales, tandis que les diaphyses, au niveau des points d'ossification, étaient considérablement épaissies, à l'inverse de ce qui se produit chez les enfants rachitiques plus âgés.

H. R.

W. Pringle MORGAN. A case of congenital word blindness (*Brit. med. Journ., p. 1378, 7 nov. 1896*).

Enfant de 14 ans, bien développé, intelligent, n'a jamais pu apprendre à lire : il sait toutes ses lettres, mais ne peut les associer ni dans la lecture ni dans l'écriture. Ce qu'il apprend de mémoire est bien retenu : il peut même faire des calculs compliqués ; mais les mots écrits n'éveillent aucune impression sur sa pensée, et sa mémoire visuelle des mots est nulle. Il s'agit donc d'un cas de cécité verbale congénitale, due vraisemblablement à un arrêt de développement du gyrus angulaire gauche. H. R.

C.-S. ENGEL. Hämatologischer Beitrag zur Prognose der Diphtherie (*Deutsche med. Woch., p. 118 et 137, fév. 1897*).

32 enfants diphtériques dont l'âge ne dépassait pas 13 ans ont été examinés à diverses reprises au point de vue de la composition histologique du sang ; sur ce nombre 15 sont morts. Le fait le plus saillant a été l'augmentation proportionnelle des myélocytes chez la moitié des enfants décédés ; les myélocytes pour E. sont des globules blancs à un seul noyau, remarquables par leurs granulations neutrophiles et qui ne se rencontrent jamais dans les glandes lymphatiques. Les grands leucocytes à un seul noyau, pauvres en chromatine et les grandes cellules éosinophiles à un seul noyau ne rentrent pas dans ce groupe. Les myélocytes ne se rencontrent presque jamais dans le sang normal. Chez les enfants qui ont survécu, leur proportion varie de 1,5 0/0 à 0 0/0 ; or, il est à remarquer que chez 7 des enfants décédés, la proportion a toujours varié de 2 à 12 et 16 0/0 et cela dès le 3e ou 4e jour de la maladie ; il semble donc qu'une proportion de myélocytes dépassant 2 0/0 indique un pronostic fatal, toutefois la présence d'un nombre inférieur ne permet pas de rassurer sur la terminaison, car chez 8 des décédés la proportion était la même que celle des enfants qui ont survécu.

Les cellules lymphatiques formaient à peu près le quart de l'ensemble des leucocytes, c'est la proportion indiquée par Ehrlich ; les gros lymphocytes sont aux petits dans la proportion de 4 à 6 0/0.

Les cellules mononucléaires sont en général peu nombreuses, 1 0/0.

Elles étaient en plus grand nombre chez les décédés avec myélocytes, 7,6 0/0.

Les plaquettes sanguines manquaient chez les enfants qui sont morts, en particulier chez ceux qui avaient des myélocytes.

La proportion des globules rouges aux blancs variait de 50 à 500 pour 1 chez les enfants qui ont guéri et de 10 à 100 pour 1 chez ceux qui sont morts. Le sang des diphtériques ne présente ni les caractères de la leucocytose ni ceux de la leucémie, on pourrait le définir myélocythémie consécutive à la diphtérie. H. DE BRINON.

Digitized by Google

René PETIT. Note sur 48 cas de paralysie diphtéritique (*Revue mens. des mal. de l'enf., fév. 1897*).

Sur 700 cas soignés aux Enfants-Malades 302 ont pu être suivis et ont donné 48 cas de paralysie, soit 15,6 0/0.

Les paralysies précoces au nombre de 13 appartiennent, sauf 2, à des diphtéries très graves, toujours après des angines intenses ; il s'agissait toujours d'une paralysie du voile du palais qui débuta de 5 à 12 jours après l'entrée au pavillon. 7 guérirent, 4 moururent en 10 à 12 jours avec symptômes de collapsus cardiaque. 35 cas ont été tardifs et ont tous guéri ; ils survinrent 15 à 30 jours après l'entrée à l'hôpital, elles ont porté surtout sur le voile du palais (19 cas), les membres inférieurs (14 cas), les yeux (8 cas). Les paralysies se sont produites dans des diphtéries de notable intensité, surtout après les croups opérés ; et les paralysies ont été d'autant plus fréquentes que le traitement par le sérum a été institué plus tardivement. H. LEROUX.

MARFAN. Tubercule solitaire de la moelle siégeant au niveau de l'émergence des 2e et 3e paires sacrées (*Soc. méd. des hôp., 12 mars 1897*).

Un enfant de 27 mois est pris soudain d'une paraplégie complète avec rigidité des membres inférieurs, anesthésie, rétention d'urine, suivie ensuite d'une incontinence de l'urine et des fèces ; examiné environ un an après, il présentait une paraplégie spasmodique incomplète avec paralysie des sphincters, sans troubles de la sensibilité. La marche est possible, mais difficile ; peu après, l'enfant fut pris d'accidents méningitiques auxquels il succomba.

A l'autopsie, on trouva au niveau de la queue de cheval, dans le cul-de-sac dural, un caillot blanc jaunâtre, la pie-mère épaissie, un exsudat grisâtre englobant les racines, enfin au niveau de l'émergence des 2e et 3e paires sacrées, une masse caséeuse, du volume d'une noisette, entourée par une zone de couleur rouillée, limitée elle-même par la pie-mère où l'on voit des veines très dilatées et enflammées, dont deux renferment de gros caillots ; au-dessus du caillot, il y avait de l'hématomyélie, puis une poliomyélite ascendante. H. L.

Frantz UNRUH. In vivo diagnosticirte Thrombose der Vena cava inferior..... (*Deutsche med. Woch., p. 746, 12 nov. 1896*).

Il s'agit d'un enfant d'un an dont la maladie a duré environ 6 semaines, on avait constaté de l'hypertrophie du foie sans ictère, de l'anasarque sans ascite ni albumine, une matité précordiale semblant indiquer un exsudat péricardique avec compression du poumon gauche, un développement exagéré des veines abdominales s'étendant jusqu'à la région axillaire et on avait porté le diagnostic de compression ou thrombose de la veine cave inférieure. A l'autopsie, on constate que les veines du foie sont occupées par des thrombus rouges, fermes, adhérents, un thrombus de même nature remplit la veine cave inférieure jusqu'à son embouchure dans l'oreillette droite ; une tumeur blanchâtre entoure circulairement le vaisseau se substituant à sa paroi, cette tumeur s'étend jusqu'au-dessous du diaphragme et en haut jusque dans la paroi de l'oreillette. La surface de la tumeur est inégale et mamelonnée. La veine porte est perméable, les glandes lymphatiques de la veine porte et le tissu connectif qui l'entoure sont gonflés et épaissis. La tumeur appartient au

Digitized by Google

groupe des endothéliomes, les couches périphériques du thrombus présentent un commencement d'organisation. H. DE BRINON.

F. STEINER. Die Besonderheiten im..... (Les particularités de la maladie de Basedow chez l'enfant) (*Wiener med. Blätter, 11 fév. 1897*).

La maladie de Basedow est peu fréquente chez l'enfant. Sur 47 cas on relève 14 garçons et 33 filles.

Dans un sixième des cas la maladie reste fruste. Son tableau clinique diffère de celui de l'adulte par la rapidité avec laquelle la maladie atteint son maximum, par le peu d'accélération relatif du pouls (100 à 120) et la faible gêne amenée par les palpitations. Le goitre est à peu près constant ; l'exophtalmie est d'ordinaire moins marquée que chez l'adulte. Le tremblement choréiforme de Kahler est relativement plus fréquent.

Chez plus de la moitié des enfants basedowiens on relève des stigmates d'hystérie. Les troubles psychiques sont souvent très accentués.

LEFLAIVE.

BRUN. Péritonite à pneumocoques (*Presse méd., 25 fév. 1897*).

Une fillette de 4 ans est malade depuis un mois, avec fièvre, douleurs de ventre, vomissements et diarrhée. Le ventre est peu tendu, l'ombilic rouge, saillant, la région sous-ombilicale mate ; une incision médiane amène l'issue de pus vert, sans odeur, et de nombreuses fausses membranes ; guérison complète 7 semaines après.

Le pus contenait du pneumocoque.

Brun a observé un second cas identique. Dans un 3e cas, l'enfant âgée de 3 ans présenta pendant 7 jours les signes d'une broncho pneumonie, puis après une détente d'une péritonite, qui fut incisée 14 jours après le début des douleurs ; il sortit un litre de pus et on constata aisément qu'il siégeait dans une poche close; quelques jours après, la fièvre revint et bientôt on découvrit une pleurésie droite, pleurésie purulente, qui nécessita l'empyème avec résection de 2 centimètres de côte.

Sur 14 cas publiés, 11 eurent lieu chez des filles. Cliniquement, c'est toujours une péritonite enkystée sous-ombilicale ; 9 fois sur 14 on a noté le déplissement ou la fistulisation de l'ombilic. Sur 14 cas, il y a eu 11 guérisons. H. L.

Louis GUINON et MEUNIER. Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë associées, sérodiagnostic positif contredit par l'autopsie et rétabli par les ensemencements cadavériques (*Rev. mens. des mal. de l'enf., avril 1897*).

Un enfant de 8 ans entre à l'hôpital dans un état de maigreur accentuée, avec l'aspect d'une tuberculose avancée que confirme l'examen des organes (matité aux deux sommets, gros foie, grosse rate), la fièvre oscille entre 38° et 39°. Au bout de quelques jours, les signes pulmonaires s'accentuent la phtisie devient galopante ; le foie et la rate augmentent beaucoup de volume ; 17 jours après l'entrée à l'hôpital on voit quelques taches rosées sur le ventre ; on pratique alors le séro-diagnostic ; la réaction agglutinante est nettement positive ; deux jours après, nouvel examen également positif : les taches se multiplient ; bientôt la température baisse, les symptômes pulmonaires s'atténuent, le foie et la rate diminuent de volume.

Digitized by Google

Le 21e jour, la fièvre qui avait baissé remonte, s'élève le 25e jour à 40° 1/2, l'enfant maigrit, les ganglions des aines augmentent; la dyspnée augmente et l'enfant succombe au 30e jour.

A l'autopsie on trouva une rate grosse, violacée; dans l'iléon, à la partie terminale, quelques ulcérations ayant l'aspect d'ulcérations tuberculeuses lenticulaires, répondant à des granulations miliaires de la séreuse, de même dans le cœcum et le côlon; les ganglions mésentériques gros caséeux; dans le foie gras, un semis de granulations grises; sur les plèvres pariétales de nombreuses granulations tuberculeuses; le poumon envahi par une bronchopneumonie granulique. L'examen microscopique montre toutes les lésions classiques de la tuberculose intestinale, splénique, ganglionnaire, pulmonaire, etc., et de nombreux bacilles de Koch; nulle part on ne trouva de bacilles d'Eberth. D'autre part, la réaction agglutinante fut cherchée *post mortem* avec la sérosité péricardique (résultat négatif), avec le liquide pleural et le sérum du sang du cœur (résultats positifs); des ensemencements pratiqués avec la pulpe splénique, le liquide pleural et le suc pulmonaire donnèrent aussi des cultures de bacille d'Eberth.

Les auteurs admettent donc l'association : 1° d'une tuberculose ancienne, réveillée, et évoluant sous forme de granulie; 2° d'une infection typhoïdique surajoutée. H. L.

E. GOODALL et WASHBOURN. On the incubation period of varicella (*Brit. med. Journ., p. 741, 19 sept. 1896*).

Observations analysées au nombre de 19. De cette statistique résulte : que l'incubation de la varicelle n'a pas une durée exactement fixe, qu'elle n'est jamais inférieure à 12 jours, ni supérieure à 19; le plus ordinairement elle dépasse 15 jours. H. R.

MACAIGNE et V. BALLET. Un cas de péricardite rhumatismale à streptocoque (*Méd. moderne, p. 769, 16 déc. 1896*).

Enfant de 8 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu (1re attaque), péricardite, mort par syncope 17 jours après le début du rhumatisme. A l'autopsie, péricardite avec fausses membranes et épanchement peu abondant, endocardite avec petites végétations sur la mitrale. Dans le sang du cœur et dans la sérosité péricardique recueillis 24 heures après la mort, on constate la présence d'un streptocoque présentant la forme et des cultures absolument analogues à celles du streptocoque de l'érysipèle; ce microbe était dépourvu de virulence pour le cobaye et très peu virulent pour le lapin. Pas de microbes sur les coupes du myocarde ni sur celles des lésions péricardiques et endocardiques. GEORGES THIBIERGE.

SANDOZ. Trépanation pour rupture de l'artère méningée moyenne (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 499, sept. 1896*).

Fillette de 6 ans frappée à la tête par une casserole tombée d'une fenêtre d'un second étage. Aucun symptôme morbide pendant les 36 heures qui suivirent l'accident. Puis, maux de tête et engourdissement du bras gauche suivi de parésie, de vomissements, somnolence et diminution de fréquence du pouls (50). Application d'une couronne de trépan au lieu d'élection indiqué par Kroenlein. Aucune fissure; hématome entre l'os et la dure-mère. Après

Digitized by Google

l'évacuation du sang épanché, suture de la plaie sans drainage. Le lende main, somnolence moindre et mouvements du bras déjà possibles; guérison parfaite au bout de 8 jours.

Les principaux symptômes de la rupture de l'artère méningée moyenne sont : 1° l'intervalle libre qui sépare le traumatisme de l'apparition des premiers symptômes; 2° l'hémiplégie ; 3° le ralentisssement du pouls. J. B.

MESLAY. Ostéomalacie infantile (*Revue mens. des mal. de l'enf., fév. 1897*).

Ce travail contient une observation inédite et des examens histologiques très détaillés de deux cas cliniques, d'où il résulte que le processus anatomique n'est pas unique. Dans un cas, l'auteur a trouvé les lésions classiques : décalcification de la bordure osseuse des espaces médullaires, disparition presque complète des ostéoblastes à ce niveau, quantité considérable de cellules embryonnaires, vascularisation exagérée, hémorragies dans la moelle ; dans un autre cas, ce qui dominait c'était la disparition des éléments osseux autour des canaux de Havers ; l'intervalle entre les lamelles osseuses persistantes était comblé par un tissu ostéoïde fibreux qui rappelait le tissu ostéoïde des rachitiques, avec cette différence que sur les couches on voyait le long de la paroi médullaire des ostéoblastes rangés en lignes, qui rappellent les unes un endothélium, les autres la surface épithéliale cylindrique d'une muqueuse. Les lamelles osseuses sont formées de tissu osseux avec ostéoblastes normaux, et enfin on y voit de véritables myéloplaxes. Ce cas devrait être considéré comme une variété d'ostéite chronique généralisée avec raréfaction progressive de la substance osseuse et transformation fibreuse des espaces médullaires intermédiaires. H. LEROUX.

MACÉ. La rate du nouveau-né au point de vue clinique (*Thèse de Paris, 1897*).

Macé a établi son travail d'après 52 observations personnelles de fœtus ou de morts-nés non syphilitiques dont 16 avortements, 15 accouchements prématurés, 16 accouchements à terme, 7 grossesses gémellaires. Entre 4 mois et 4 mois 1/2 le poids moyen des fœtus est de 321 grammes, celui de la rate 0 gr. 48 ; entre 3 mois et 3 mois 1/2 540 grammes et 1 gr. 06 ; entre 6 mois et 6 mois 1/2 946 grammes et 3 gr. 05 ; entre 7 mois et 7 mois 1/2 1457 grammes et 5 gr. 48 ; entre 8 mois et 8 mois 1/2 1983 gr. et 7 gr. ; à 9 mois 3224 gr. et 9 gr. 9, soit un rapport de 1/322.

La palpation de la rate chez le nouveau-né est possible et même facile, même en dehors de la syphilis ; 322 fois sur 1450 enfants Macé a pu la sentir ; il convient de coucher l'enfant sur le flanc droit ; dans ce nombre de 322 il y a 3 syphilitiqes douteux morts-nés, 11 syphilitiques avérés morts-nés, 4 de 7 mois à 7 mois 1/2, poids moyen 18,14, poids de la rate 8,875 ; de 8 mois à 8 mois 1/2, 320 grammes, rate 30 gr. 2 ; 3 morts-nés à terme 3226 et 21 gr. 90. Macé relate encore dix séries de poids sur 32 enfants macérés, sur 9 enfants dont les mères étaient albuminuriques, tuberculeuses ou cardiaques, dans 205 cas la mère était saine. H. L.

Digitized by Google

BROCA. Du prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement (*Bull. méd., 24 janv. 1897*).

L'auteur distingue le prolapsus partiel où la muqueuse seule fait issue, et le prolapsus total qui comprend toute l'épaisseur de la paroi du rectum, la pathogénie se résume en une disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par l'intestin. Broca admet non seulement le relâchement du sphincter, mais incrimine la faiblesse de tout l'individu. En général tout prolabé est un rachitique à gros ventre, à fibres molles, à parois ventrales flasques. Les enfants ont une défécation défectueuse, constipation ou diarrhée, ou l'alternance des deux. Le diagnostic avec le polype ou l'invagination se fait aisément à la vue en cas de besoin le stylet permet de déterminer l'existence du sillon.

Chez l'enfant, le prolapsus est bien moins grand que chez l'adulte ; la réduction est facile, mais de règle la chute récidive ; pour l'éviter, on fait aller l'enfant à la selle couché sur le côté, et on proscrit le vase de nuit ; il faut que les selles soient régulières, obtenues sans effort avec lavement ou suppositoire ; on emploie les lavements froids et la ratanhia et les reconstituants généraux, phosphate de chaux, huile de foie de morue, etc. La guérison est à peu près constante, et sans opération.

H. LEROUX.

KACZANNOWSKY. Ein seltener Fall von congenitaler Blutcyste des Halses und der Fossa axillaris (Cas rare de kyste sanguin congénital de la région cervicale et du creux axillaire) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIX, 3-4, p. 409-411, 1896*).

L'observation a trait à un petit enfant de 4 mois ; il portait 2 tumeurs ; l'une, la plus grosse, du volume du poing, occupait le côté gauche du cou ; l'autre siégeait au creux axillaire. Ces 2 tumeurs étaient très dures, augmentaient de volume dès que l'enfant faisait un effort, et on ne pouvait les réduire avec la main.

D'après la mère du malade, ces tumeurs étaient congénitales. Une ponction exploratrice faite par l'auteur ne donna que du sang veineux et fut la cause d'une hémorragie abondante. Pour éviter une nouvelle hémorragie, K. traita le malade simplement par la compression à l'aide de bandes de flanelle. Six semaines après, les tumeurs avaient notablement diminué, et au bout de 4 mois on ne voyait plus à leur place que des poches vides formées par les téguments. 6 ans après, il ne restait plus trace des tumeurs. BAUDOUIN.

BONNET. Fistule entéro-cutanée due aux ascarides lombricoïdes (*Dauphiné méd. oct. 1896*).

Enfant de 7 ans, présentant depuis plusieurs mois de la fièvre, des alternatives de constipation et de diarrhée, du ballonnement du ventre et une émaciation considérable. Il porte, en outre, une induration douloureuse, rougeâtre, au niveau de l'ombilic ; quelques jours plus tard, la tuméfaction se ramollit et une incision en fait sortir un liquide purulent, d'odeur stercorale ; peu après, issue d'un ascaride bien développé et, dans le courant de l'année, il sort par le trajet fistuleux trente-quatre lombricoïdes. Dans la suite, l'amélioration a été graduelle et la cicatrisation de la fistule s'est faite spontanément.

OZENNE.

Digitized by Google

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

DELBREL. Contribution à l'étude de l'urticaire des voies respiratoires (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'urticaire des voies respiratoires semble bien exister malgré l'avis de quelques dermatologistes. L'éruption ortiée que l'on voit parfois sur la paroi postérieure du pharynx peut parfaitement descendre dans les voies aériennes, la succession d'accidents respiratoires et de phénomènes cutanés paraît prouver son existence.

Toutes les causes susceptibles de produire l'urticaire de la peau peuvent produire l'urticaire des bronches, la suppression brusque d'une éruption cutanée a une très grande influence sur la production des accidents respiratoires.

L'urticaire des voies aériennes peut succéder à une éruption cutanée ou au contraire la précéder. On comprend dans ce cas la difficulté du diagnostic.

Les accidents en question consistent surtout en brusques accès de dyspnée durant de quelques heures à plusieurs jours, pouvant s'accompagner de signes d'auscultation. Avec cette dyspnée, on peut observer des troubles de la voix et du tirage, parfois aussi des quintes de toux simulant la coqueluche.

Ces accidents s'expliquent par la localisation de l'urticaire soit au niveau du larynx (tirage, troubles de la voix), soit au niveau des bronches et du poumon (signes d'auscultation).

L'œdème rend très bien compte de la dyspnée et l'irritation des terminaisons nerveuses des pneumogastriques explique les accès de toux.

En présence de ces accidents, il faut constituer un traitement symptomatique et un traitement étiologique et chercher à faire apparaître une éruption à la peau. DONNADIEU.

P.-F. LOMRY. Untersuchungen über die Ätiologie der Acne (*Berlin, 1896, et Berlin. klin. Woch., p. 1072, 30 nov. 1896*).

Dans toutes les pustules d'acné, Lomry a constamment rencontré comme élément prédominant, un microcoque, accompagné de quelques levures et bacilles. Ce microcoque, dont les cultures ressemblent au premier abord à celles du staphylocoque pyogène blanc, acquiert, à la suite de passages à travers l'organisme animal, un haut degré de virulence, devient jaune d'or, liquéfie abondamment la gélatine, en un mot doit être identifié avec le staphylocoque pyogène doré.

Les comédons non enflammés renferment aussi toujours, à côté d'un

Digitized by Google

grand nombre d'autres microbes, ce microcoque, qui originairement peu virulent le devient beaucoup en passant à travers des corps d'animaux.

Quant au bacille qu'Unna regarde comme l'agent spécifique de l'acné, Lomry, après en avoir exalté la virulence, l'a reconnu être le bacille coli.

A la surface de la peau des personnes atteintes ou non d'acné, on trouve le staphylocoque pyogène blanc et le bacille colique.

En résumé, l'acné n'a pas d'agent causal spécifique ; ce n'est qu'une des formes sous lesquelles se manifeste l'action pyogène du staphylocoque. J. B.

BARTHÉLEMY. Note complémentaire sur l'acnitis (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 173*).

Pour Barthélemy l'acnitis n'a aucun lien avec la tuberculose. Il présente aujourd'hui le complément de l'observation de l'un des malades qui lui ont servi à établir la description de l'acnitis. Il n'a jamais eu ni acné, ni aucun signe de tuberculose. Il a eu seulement la grippe et du rhumatisme déformant. Il est d'ailleurs actuellememt définitivement guéri de son acnitis. Cette éruption est habituellement précédée de nodosités sous-cutanées, elle a une durée de plusieurs mois. C'est une toxicodermie probable, dont la guérison est définitive et qui ne récidive pas indéfiniment comme l'acné. F. BALZER.

I. — COUILLAUD. La dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans dans ses rapports avec la carcinose abdominale (*Gaz. méd. des hôp.*, *10 avril 1897*).

II. — JACQUET et DELOTTE. Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatose (*Ann. de derm.*, *VIII*, *n° 2*).

III. — Walter COLLAN. Un cas de dystrophie papillaire et pigmentaire (acanthosis nigricans) (*Finska läkar. Handlingar*, *mars 1897*).

I. — Cette dystrophie est un syndrome placé sous la dépendance de la carcinose abdominale et caractérisée, au point de vue clinique, par une hypertrophie papillaire et une pigmentation cutanées ayant un caractère essentiellement régional ; par une dystrophie pilaire et unguéale ; par l'absence de desquamation, et enfin par la coexistence d'un mauvais état général. Anatomiquement, elle est caractérisée par la dégénérescence carcinomateuse d'organes abdominaux ; au point de vue histologique, par des lésions d'hypertrophie et de pigmentation s'observant dans la couche de Malpighi et dans le derme. L'auteur croit qu'il faut renoncer au terme d'acanthosis nigricans, les lésions ne se cantonnant pas uniquement dans la couche de Malpighi.

II. — R..., 18 ans, de taille et de complexion au-dessous de la moyenne, s'est aperçu, il y a 6 ans, que son cou se colorait en brun et devenait noirâtre ; en même temps la langue devenait plus râpeuse. Les divers symptômes de l'acanthosis nigricans se sont développés depuis au cou, aux aisselles, à la face, sur la muqueuse bucco-pharyngée, sur le tronc, le ventre, le pli du jarret, etc. Les lésions de la peau et des muqueuses se sont développées en dehors de toute manifestation carcinomateuse.

Digitized by Google

Le malade est scieur de long, profession fatigante qu'il exerce sans fatigue appréciable. F. BALZER.

III. — Paysanne de 71 ans, paupières légèrement enflées, à bords épaissis et recouverts de petites verrues jaunâtres et dures; conjonctives injectées, grenues. Aux coins de la bouche, excroissance de la grandeur d'une fève. La muqueuse des joues inégale, rugueuse; langue enflée, rougie, spongieuse; papilles allongées avec, entre elles, des vides se croisant jusqu'à une profondeur de 75 millimètres. La gencive, la muqueuse du palais, la gorge, les lèvres, les narines sont granulées de petites excroissances jaunâtres, de la grandeur d'une tête d'épingle. La peau est inégale au visage, à la partie chevelue de la tête, à la nuque, au cou, au dos, à la poitrine, avec verrues plates, soit isolées, soit en groupes compactes plus saillants. Des nombreuses verrues sont visibles à la face dorsale des mains, à la partie inférieure de l'avant-bras, aux coudes, dans le creux de l'aisselle, au nombril, sous les seins, dans les divers plis de l'anus, du vagin, des extrémités, etc. Dans ces derniers, les verrues ont parfois une couleur gris brun foncé. La peau de la paume des mains et de la plante des pieds est épaissie, jaunâtre, sèche, dure, verruqueuse. Depuis peu de temps, chute des cheveux, altération des ongles.

L'examen microscopique d'une verrue montre un épaississement de la couche cornée. Le stratum lucidum n'est pas perceptible, le stratum granulosum est grossi; pigmentation de la couche superficielle du stratum mucosum. Pas de nids épithéliaux décrits par Politzer, mais simple hypertrophie papillaire cause de l'inégalité de la peau.

L'auteur n'a pu déceler aucun microbe; il s'agissait d'une auto-intoxication. Dans d'autres cas où on a constaté des tumeurs malignes, celles-ci ajouteraient leur action toxique sur le sympathique. H. FRENKEL.

MALHERBE. Sarcomatose cutanée; lymphosarcome (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 153*).

Femme âgée de 46 ans, présente trois tumeurs, l'une située sur la face postéro-externe de l'avant-bras, volumineuse et ulcérée, l'autre à l'avant-bras droit et la troisième au mollet gauche. Un traitement antisyphilitique ne donne aucun résultat. Au début, cette malade avait présenté une vingtaine de nodules rougeâtres qui avaient disparu en grande partie sous l'influence de l'acide arsénieux. L'état génital s'est toujours maintenu sans leucocythémie, sans engorgements ganglionnaires, sans tendance à la cachexie. L'examen d'une des tumeurs a montré un type intermédiaire entre le lympho-sarcome globo-cellulaire et le lymphadénome vrai; cellules arrondies ou polyédriques; pas de réticulum, ce qui exclut le diagnostic de lymphadénome, et d'autre part existence de vaisseaux à parois assez bien constituées, ce qui éloigne du diagnostic de sarcome. Il s'agissait, dans ce cas, d'un lympho-sarcome, comparable dans une certaine mesure aux gliomes de la rétine et du cerveau. L'auteur croit qu'il s'agit d'un cas de sarcomatose primitive de la peau, affection décrite pour la première fois par Kaposi, et qui s'observe chez des individus robustes, âgés de 40 à 60 ans avec des caractères semblables à ceux qui ont été relevés dans l'observation publiée. F. BALZER.

I. — ADICKES. Pemphigus neonatorum acutus oder Verbürhung? (*Zeitschr. für med.-Beamte*, *n° 17*, *1896*).

II. — VOGEL. Pemphigus neonatorum (*Ibid.*, *n° 22*).

III. — KUHNT. Eine Endemie vom Pemphigus neonatorum (*Ibid.*).

IV. — KORNFELD. Pemphigus neonatorum (*Ibid.*, *n° 19*).

I. — Un nouveau-né, âgé de 5 jours, meurt deux jours plus tard en

Digitized by Google

présentant tous les symptômes de vastes brûlures au second degré. La sage-femme est incriminée de l'avoir échaudé. Une enquête établit qu'avant le bain, le corps de l'enfant était déjà couvert de bulles et le diagnostic de pemphigus se trouve en outre confirmé par la coexistence dans la clientèle de la même sage-femme de 3 autres cas, dont un aussi à issue fatale.

II. — Vogel relate 4 cas de pemphigus survenus dans l'espace d'une quinzaine parmi les nouveau-nés mis au monde par une même sage-femme ; tous ont guéri ; 2 des mères qui allaitaient les petits malades ont présenté la même éruption au pourtour des mamelons.

III. — Kuhnt rapporte 11 cas de pemphigus des nouveau-nés apparus dans le cours de cinq mois parmi les 28 enfants mis au monde par la sage-femme officielle ; 9 se sont montrés pendant la première semaine, 1 dans la deuxième et le dernier dans la quatrième semaine de la vie ; 2 enfants ont succombé. Quelques cas se sont produits également parmi les mères et les frères et sœurs qui avaient soigné les malades.

IV. — Kornfeld signale 4 cas successifs de pemphigus, dont 3 mortels, dans la pratique de trois sages-femmes différentes du même district. L'un des malades a été le point de départ d'une petite épidémie atteignant son propre frère et plusieurs autres enfants de 2 à 4 ans.

On a remarqué que l'affection débutait par les parties du corps que la sage-femme maniait le plus pour nettoyer les enfants : menton et ombilic. Ces épidémies cessent toujours après la désinfection du corps et des instruments de la sage-femme qui doit en outre s'abstenir de pratiquer pendant quelque temps. J. B.

DANLOS. Psoriasis traité par l'acide cacodylique (*Annales de derm.*, *VIII*, *p. 196*).

X..., 21 ans, garçon marchand de vin, est atteint d'un psoriasis datant de 2 ans, que l'auteur a traité par l'acide cacodylique à doses progressives. On a d'abord fait des injections sous-cutanées d'une solution au centième, à la dose de 15 centigrammes par jour; progressivement, en 2 mois, la dose a été portée jusqu'à 50 à 60 centigrammes par jour, mais le médicament était pris sous forme pilulaire : acide cacodylique, 5 centigrammes, extrait de gentiane 0,10 centigrammes pour une pilule. Enfin, dans les derniers temps, la dose a été poussée jusqu'à 0,75 centigrammes par jour, ce qui représente une dose correspondant à 1gr,687 d'arséniate de soude par jour. Le seul inconvénient a été l'odeur alliacée de l'haleine. Il en a été de même pour un autre malade qui prenait jusqu'à 0,50 centigrammes d'acide cacodylique par jour. Ces deux malades ont guéri sans autre traitement. F. BALZER.

BALZER et GRIFFON Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique (*Annales de derm.*, *VIII*, *p. 285*).

X..., âgé de 32 ans, entre à l'hôpital pour un impetigo du bras gauche. Le pus des pustules contient le streptocoque à l'état de pureté et les cultures sur gélose et bouillon donnent les mêmes résultats. L'impetigo traité par les compresses boriquées guérit facilement, mais laissa des cicatrices saillantes, rosées, un peu molles, produites sans doute par la longue persistance du streptocoque à la base des pustules. Ces cicatrices hypertrophiques tendaient à s'affaisser lentement au moment de la sortie du malade. F. B.

Digitized by Google

PLANCHE. La perlèche (*Thèse de Paris 1897*).

La perlèche n'appartient pas seulement à l'enfance, on la rencontre aussi chez l'adulte; sa contagiosité est extrême, elle est épidémique et endémique dans certains milieux. Elle peut être produite par divers microbes habitant la cavité buccale, streptocoques ou staphylocoques. Elle présente des relations étroites avec différentes affections de la bouche, notamment avec la stomatite diphtéroïde. F. BALZER.

BARBE. Traitement du lupus par le chlorophénol (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 291*).

L'auteur a employé le chlorophénol en solution alcoolique à 20 0/0. Cette préparation a donné des résultats satisfaisants dans un cas de lupus vulgaire de la face trop étendu pour être traité par les scarifications ou les cautérisations. Le traitement a été fait par des frictions un peu fortes à l'aide d'un tampon de coton imbibé de chlorophénol. La douleur et la rougeur sont assez vives, mais se calment progressivement. Les frictions déterminent seulement quelques squames et quelques croûtes. Elles ont produit assez rapidement des cicatrices. L'inconvénient est l'odeur extrêmement pénétrante et désagréable du chlorophénol.

F. BALZER.

I. — W. HAVELBURG. Einige Bemerkungen zur Lepra, nach Erfahrungen aus dem Lepra-Hospital zu Rio de Janeiro (*Berlin. klin. Woch. n° 46, 16 nov. 1896*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*, *p. 1034*, *1055*, *1074 et 1097*, *16*, *23 et 30 nov. et 7 déc. 1896*).

I. — La lèpre existe soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique au Brésil, dans les Etats de Para, Pernambouc, Bahia, Minas Geraes, Matto Grosso, Rio-de-Janeiro et Saint-Paul. Dans ce dernier, il est des localités où tous les habitants sont lépreux. La lèpre ne s'observe pas chez les naturels et paraît avoir été introduite au Brésil par les Portugais. A la fin du siècle dernier, elle y fit de tels ravages qu'on fonda à Rio-de-Janeiro un hôpital spécial qui aujourd'hui est une des léproseries les plus confortables du monde. Cet établissement est à la fois un lieu de cure et un asile ; il compte en moyenne 70 malades, mais pourrait en recevoir un chiffre quadruple. L'hospitalisation et l'isolement des lépreux n'étant pas mis en œuvre par les autorités, la lèpre ne cesse de faire des progrès, tant au Brésil en général qu'à Rio-de-Janeiro en particulier. On en rencontre dans les lieux les plus fréquentés et parmi les professions le plus en rapport avec le public (conducteurs d'omnibus, prostituées). On évalue à 3,000 le nombre des lépreux brésiliens, et ce chiffre est plutôt inférieur à la réalité.

Havelburg est convaincu de la contagiosité de la lèpre : une enquête récente sur 63 pensionnaires de l'hôpital a révélé l'existence de la maladie dans les familles de 16 d'entre eux et une intimité plus ou moins prolongée avec des lépreux pour 22 autres. Quelques cas se sont produits parmi les employés de l'établissement. Au Brésil, c'est la lèpre tuberculeuse qui est la plus fréquente.

Digitized by Google

Pour diagnostiquer une lèpre au début, H. recommande l'examen microscopique d'une goutte de sang prélevée à l'endroit suspect.

A l'hôpital de Rio-de-Janeiro, on a essayé toutes les médications proposées sans aucun résultat. Unna avait annoncé avoir guéri une Brésilienne par l'emploi combiné de pommades à l'ichthyol, à l'acide pyrogallique et à la chrysarobine; 2 ans après son retour d'Europe, cette femme a succombé à la cachexie lépreuse. Les injections de tuberculine ont eu une influence très fâcheuse sur l'état des malades. Les injections de cultures érysipélateuses, comme celles du sérum érysipélateux d'Emmerich et Scholl, ont été inefficaces.

II — *Virchow* estime que, contrairement à l'opinion qui regarde la lèpre comme importée dans le Nouveau-Monde par les Européens, son existence précolombienne paraît très vraisemblable. On a trouvé, en particulier, dans les anciennes sépultures péruviennes, des figurines en argile qui présentent des mutilations et d'autres difformités analogues à celles des lépreux.

Aronson a pu juger de la valeur du procédé diagnostique de Havelburg, qui dispense d'exciser des fragments de peau et d'en faire des préparations qui réclament du temps et de la peine. En pressant la piqûre pour faire sortir la goutte de sang, on obtient des bacilles lépreux provenant non du sang, mais de la peau malade.

Havelburg répond à Virchow qu'il n'existe aucune preuve que la lèpre ait régné au Brésil avant l'arrivée des Portugais en 1498. C'est à cette même époque que les Espagnols ont découvert les Canaries et y ont très vraisemblablement introduit la lèpre; dès 1542, une première léproserie était ouverte dans ces îles. Les Portugais de leur côté importèrent la maladie d'abord à Madère, où on dut créer en 1640 un premier hôpital de lépreux, et ensuite au Brésil.

Il a tenté le traitement de Liebreich, par la cantharidine, chez 6 lépreux; 2 ont été pris d'albuminurie; chez les 4 autres, la médication continuée 6 mois au moins n'a donné aucun résultat. J. B.

G.-N. KOUDRIAWSKI. Sur les rapports entre la lèpre, la maladie de Morvan et la syringomyélie (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

K. a examiné 50 cas de lèpre dans les léproseries des environs de Riga et Dorpat et quelques cas dans la clinique de Tarnowski. Il a pu établir les faits nouveaux suivants : 1° On peut faire le diagnostic précoce de la lèpre par le signe de la parésie de la paupière inférieure au début; 2° il existe, chez le lépreux, une espèce de sensibilité cutanée que l'auteur appelle sensibilité vibratoire qui consiste en ce que le malade ressent un tremblement ou une vibration au moment où l'on touche sa peau; 3° il existe, chez les lépreux, une particularité de totaliser les excitations venant de plusieurs filets nerveux terminaux de la peau, c'est-à-dire de ne répondre qu'à l'excitation de plusieurs points de la peau, et non d'un seul.

L'étude clinique de la lèpre, de la maladie de Morvan et de la syringomyélie montre que la première a une évolution toute différente des deux dernières; dans la première, la localisation est très irrégulière, dans les

Digitized by Google

dernières elle suit un ordre déterminé. En outre, les trois signes susindiqués permettent de faire un diagnostic différentiel précoce.

H. FRENKEL.

V. KLINGMUELLER et K. WEBER. Untersuchungen über Lepra (*Deutsche med. Woch.*, *n° 8*, *p. 117*, *18 fév. 1897*).

Sur un malade du service de Weber à Halle, atteint de lèpre maculée avec anesthésie, K. et W. ont recherché les bacilles caractéristiques dans les diverses sécrétions et excrétions; ils les ont trouvé dans le sang, dans le liquide de phlyctènes artificielles, dans les squames cutanées, dans l'épaisseur de la peau jusqu'aux couches les plus superficielles de l'épiderme et dans la sueur. Les bacilles produisant la contagion peuvent donc venir de squames cutanées, de résidus de la sueur et du sang.

H. DE BRINON.

Franz KRONECKER. Einiges über die Beri-Beri in dem Malayischen Archipel (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *n° 18*, *p. 883*, *15 sept. 1896*).

Dans l'île de Sumatra, le béribéri sévit surtout à l'extrême pointe septentrionale qui appartient aux Hollandais; il y atteint presque exclusivement les soldats et les condamnés aux travaux forcés. La contrée est très marécageuse. Le béribéri a à peu près supplanté la fièvre paludéenne dans la contrée. Le meilleur remède pour cette maladie est l'évacuation. De quinzaine en quinzaine, des centaines de malades sont transportés, par un chemin de fer qui pénètre dans l'hôpital modèle de Kota Alon, jusqu'au port d'Oleleh où on les embarque sur un grand vapeur. Beaucoup commencent à se rétablir sous le souffle frais de la brise de mer. Leur destination première est Padang, ville située sur la côte occidentale de Sumatra. Les plus malades y sont placés à l'hôpital où beaucoup meurent dans un accès d'asthme cardiaque. Les convalescents sont emmenés par chemin de fer dans les stations sanitaires de la montagne, élevées de 800 à 1.000 mètres au-dessus de la mer. Quant aux chroniques, à ceux dont la constitution a été minée par des atteintes antérieures de l'affection, on les réembarque pour Batavia, où ils trouvent asile dans l'hôpital spécial de Buitenzorg.

Chez ces malades profondément émaciés, il n'est pas rare d'observer des lésions mitrales. A Sumatra, c'est la forme œdémateuse avec ses terribles manifestations cardiaques qui constitue presque tout le béribéri. Parfois la maladie, encore plus maligne, débute brusquement, sans aucun prodrome et sans œdème, par des attaques extrêmement graves d'angoisse cardiaque et de dyspnée qui peuvent entraîner la mort dans les 24 heures.

Dans la forme atrophique du béribéri, un symptôme très précieux pour dépister les simulateurs est la démarche caractéristique des malades due à l'atrophie des muscles des mollets. Cette démarche ne saurait être mieux comparée qu'à celle du coq. La pointe du pied et le reste de la plante sont lentement détachées du sol, tandis que la jambe élevée brusquement retombe aussi rapidement et brusquement sur le sol.

J. B.

Digitized by Google

LESSER. Hypertrichosis universalis..... bei einem 6 jährigen Mädchen (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 11, p. 355, 1er juin 1896*).

La fillette, âgée maintenant de 6 ans, n'offrait rien d'anormal à la naissance ; il n'y a que 2 ans que la mère a remarqué un développement insolite du système pileux. Actuellement, le corps, au niveau des membres inférieurs surtout, est garni de poils plus abondants que chez un homme très velu; les poils génitaux sont plus développés qu'il ne le sont souvent chez des femmes adultes. L'enfant a de la barbe sur les joues; sa chevelure est normale. Le reste du développement physique est aussi surprenant. La menstruation a débuté à l'âge de 3 ans, a duré 6 ou 7 jours et a été profuse; dans les 18 mois suivants, elle reparut 8 ou 9 fois à intervalles à peu près réguliers; elle a cessé depuis 1 an et demi. L'intelligence présente un degré d'avancement correspondant. Les parents et les frères et sœurs plus âgés de l'enfant ont un système pileux normal, tandis que les 2 frères qui lui sont immédiatement supérieurs en âge (16 et 12 ans), ont une barbe précoce. J. B.

SABOURAUD. Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire (*Ann. de derm., VIII, p. 257*).

Pour Sabouraud, la calvitie vulgaire n'est qu'une infection séborréique chronique et progressive. Quand le micro-bacille de la séborrée est inoculé en un follicule pilo-sébacé, il s'ensuit quatre phénomènes constants : 1° deux phénomènes anatomiques, l'hypertrophie sébacée et l'atrophie progressive de la papille du poil; 2° deux phénomènes fonctionnels, le flux de sebum et la mort du poil. Ces phénomènes résultent de l'infection séborréique aussi bien sur les régions dites glabres que sur les régions pilaires.

Au cuir chevelu, cette infection a pour siège électif le vertex : c'est la séborrée grave dépilante, origine de la calvitie. La calvitie vulgaire n'est que la séborrée grave du vertex, constituée à l'état chronique. Non seulement l'infection séborréique folliculaire est indispensable à la naissance de la calvitie et la calvitie ne naît pas sans elle, mais encore cette infection séborréique demeure intense, pure et permanente jusque dans la calvitie pleinement et définitivement constituée. La calvitie vulgaire est donc une maladie microbienne, spécifique, parfaitement caractérisée.

F. BALZER.

FREUND. Ein mit Röntgen-Strahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus (*Wiener med. Woch., 6 mars 1897*).

Fillette de 5 ans, atteinte d'un nævus pilifère couvrant le dos, le cou et les épaules. Le nævus fut soumis journellement pendant 2 heures à l'action des rayons cathodiques Roentgen sans que l'on pût noter aucune modification pendant les dix premiers jours. A partir du onzième jour, de petites touffes de cinq à six poils commençaient à tomber; l'enfant n'accusait aucune douleur. A l'examen microscopique, les poils présentaient les lésions connues de l'alopecia areata, savoir une atrophie progressive à marche rapide du bulbe. La chute des poils se continua encore pendant huit jours après la cessation de l'exposition aux rayons Roentgen ; une très légère dermatite avec quelques menues excoriations, se manifestait, mais cédait très rapidement

Digitized by Google

au traitement par l'ichthyol. Au cours du traitement, une partie du nævus de l'épaule droite fut soumise à l'action des rayons anodiques au lieu des rayons cathodiques ; leur action fut absolument nulle.

Les séances d'exposition à l'action des rayons Roentgen furent poursuivies, provoquant des modifications : les unes favorables au but poursuivi, l'épilation ; les autres fâcheuses, érythème simple et bulleux, excoriations multiples et puis l'état général de l'enfant devenait franchement mauvais, l'inappétence était absolue, le sommeil troublé, de violentes douleurs se manifestaient dans les régions épilées et glabres ; ces crises douloureuses étaient paroxystiques et se terminaient brusquement par une abondante émission d'urine. La fièvre était élevée, l'urine fortement albumineuse ; bref l'enfant, reprise par ses parents, quittait l'hôpital fort malade. Aucun renseignement ne fut plus recueilli sur elle. CART.

BRAULT. Ulcères phagédéniques des pays chauds, compliqués de gangrène humide et de pourriture d'hôpital (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 165*).

Les ulcères phagédéniques observés chez les rapatriés de Madagascar, de causes très diverses, syphilis, traumatismes, piqûres de parasites, etc., étaient envahis par la pourriture d'hôpital et le sphacèle. La forme pulpeuse était la plus fréquente ; les hémorragies causèrent plusieurs décès. Le meilleur traitement a consisté à cureter toute l'étendue des ulcères et à cautériser ensuite avec le chlorure de zinc au quart ou la solution phéniquée forte ; pansements au sublimé, au salol ou à l'iodoforme. Plusieurs amputations et désarticulations furent nécessaires. F. BALZER.

STEPHERD. A remarkable case of purpuric eruption ending in gangrene, apparently caused by sodium salicylate (*Journ. of cutan. diseases*, *janv. 1896*).

Homme de 22 ans, atteint d'arthrite du genou probablement rhumatismale, traité par le salicylate de soude ; après l'absorption de 4 grammes de ce médicament, éruption généralisée d'urticaire, laquelle prit le caractère pétéchial ; par places, il se forma des eschares, laissant après elles des ulcérations se cicatrisant difficilement. En même temps que cette éruption cutanée, qui envahit toute la surface du corps, à l'exception des régions plantaires et palmaires, survint un gonflement œdémateux de la muqueuse bucco-pharyngée et laryngée avec quelques hémorragies sous-muqueuses. GEORGES THIBIERGE.

ORO. Nota clinica istologica su di un caso di eritema balsamico (*Soc. ital. di derm.*, *oct. 1896*).

Un individu présentait aux pieds, aux cuisses et au visage une éruption bulleuse qui avait été précédée de violentes douleurs articulaires ; peu de temps après vient un exanthème étendu à tout le corps avec de nombreuses vésicules. L'examen microscopique montra deux espèces de kystes ayant pour origine les glandes sébacées et principalement les glandes sudoripares. Il ne s'agissait pas de kystes par rétention, mais de kystes par prolifération, développés spontanément et partant du chorion. En se développant, ils arrivaient jusqu'à l'épiderme et étaient en quelque sorte éliminés.

F. BALZER.

Digitized by Google

TONNEL et RAVIART. Érythèmes bulleux dus à l'ingestion d'antipyrine; leur pathogénie (*Echo méd. Nord, 24 janv. 1897*).

Femme de 57 ans, amputée de la jambe gauche, a présenté trois fois des éruptions après l'ingestion de l'antipyrine qu'elle prenait pour calmer des douleurs au niveau de son moignon. Il s'agissait d'éruptions bulleuses se montrant à la cavité bucco-pharyngée, aux lèvres et aux mains. La première fois l'éruption a duré quinze jours; la seconde fois on a constaté, en même temps que l'urine diminuait (250 grammes en 24 heures). Le liquide des bulles a paru contenir des traces d'antipyrine. Au contraire, l'urine, pendant et après l'éruption, ne contenait pas d'antipyrine. Les auteurs expliquent la pathogénie de l'éruption bulleuse due à l'antipyrine par une action locale irritative de ce médicament complétée par une intoxication secondaire. Ils ont pu constater que pendant les accidents le tube digestif n'éliminait pas plus que le rein les produits ingérés; ils ont pu constater aussi par l'épreuve de la glycosurie alimentaire que les urines recueillies une heure et demie après l'ingestion du sirop de sucre, réduisaient franchement la liqueur cupro-potassique. A l'action de l'antipyrine s'éliminant par la sueur, vient s'ajouter l'action des ptomaïnes et des toxines produites par l'intestin et non modifiées par le foie. F. BALZER.

E. DE LA HARPE. Erythème et dermite iodoformiques; mort (*Revue méd. Suisse romande, XVI, p. 431*).

Femme de 40 ans, d'aspect assez robuste, ayant, à la jambe gauche, un ulcère variqueux de 5 centimètres; la plaie, une fois détergée, est saupoudrée d'une petite quantité d'iodoforme, Peu de jours après, érythème et dermite généralisés. L'érythème ressemble, comme couleur et forme, à une rougeole sur les membres inférieurs et le torse, tandis qu'aux bras et aux fesses il est confluent en une nappe uniformément rouge. Face tuméfiée et rouge, larmoiement, pas de fièvre. Partout les téguments, examinés de près, sont surmontés de petites vésicules miliaires remplies d'une sérosité citrine; bridées aux mains par l'épaisseur de l'épiderme, elles leur donnent l'apparence de peau de chagrin. Vives souffrances, mauvais état général.

La malade dit avoir déjà eu, il y a quelques années, une éruption analogue consécutive à l'application d'iodoforme sur une plaie. Au bout d'une huitaine, l'épiderme commence à se détacher en lambeaux, un peu partout. Albuminurie intense et qui ne cesse d'augmenter. Face pâle, yeux rouges et larmoyants, céphalalgie, dyspnée, inappétence, amaigrissement. Une semaine plus tard, la desquamation se terminait; puis la malade, s'affaiblissant de plus en plus, mourait quelques jours après. J. B.

LAZAREW. 2 cas de syphilis du cœur (*Presse méd., p. 676, 16 déc. 1896*).

1° Homme de 37 ans; syphilis il y a 8 ans; pas de rhumatisme ni d'alcoolisme, double lésion mitrale et aortique; amélioration des troubles fonctionnels à la suite d'un traitement ioduré; grippe, mort. L'autopsie confirme l'existence des lésions valvulaires diagnostiquées pendant la vie.

2° Homme de 22 ans; syphilis 3 ans auparavant; arythmie, souffle systolique, palpitations, dyspnée; le traitement mixte fait disparaître tous ces accidents; au bout de quelques mois, réapparition d'accidents syphilitiques à l'anus, sans troubles cardiaques. GEORGES THIBIERGE.

Digitized by Google

Ch. TALAMON. Syphilis hépatique précoce avec ictère grave et atrophie jaune aiguë du foie (*Méd. moderne, p. 97, 13 fév. 1897*).

Fille de 17 ans, atteinte de syphilis (roséole, plaques muqueuses ano-vulvaires, adénopathies cervicales), prise d'ictère à la suite d'une violente émotion ; fièvre intermittente ; au bout de 3 semaines, le foie diminue de volume, il survient du délire et mort par ictère grave 28 jours après le début de l'ictère. A l'autopsie, foie petit, présentant tous les caractères de l'atrophie jaune aiguë ; à l'examen microscopique, hépatite aiguë diffuse, infiltration embryonnaire de toute la trame conjonctive du foie et destruction plus ou moins profonde des cellules hépatiques.

Pour Talamon, cet ictère grave est la conséquence de la seule infection syphilitique et constitue une des formes, la plus grave, de la syphilis hépatique précoce, dont l'ictère syphilitique secondaire est la manifestation la plus légère. GEORGES THIBIERGE.

MANTEGAZZA. Contributo allo studio della patogenesi dell' adenite venerea (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 4*).

On peut démontrer souvent dans le pus de l'adénite vénérienne la présence du streptobacille de Ducrey-Unna ; les microbes pyogènes communs manquent habituellement. Avec le pus de l'adénite, on peut inoculer un ulcère qui se présente avec le caractère de l'ulcère primitif. L'ulcère ainsi inoculé contient de nombreux streptobacilles, alors même qu'on n'en aurait pas démontré dans le pus de l'adénite. Si le pus contenant le streptobacille est dilué il produit toujours un ulcère moins grave que celui qu'on obtient avec le pus pur. Une température de 42° agissant pendant quelques minutes sur le pus à streptobacilles est suffisante pour détruire la virulence. Hors de l'organisme, le pus perd sa virulence en 3 jours, même à 37°. F. BALZER.

AUDRY. Examen histologique d'une lymphite syphilitique du pénis (*Annales de derm., VIII, p. 278*).

L'auteur a excisé un centimètre d'une volumineuse lymphite dorsale de la verge, accompagnant un chancre volumineux du sillon balano-préputial. L'examen a montré qu'il s'agissait d'une périlymphite avec vascularité intense, portant notamment sur les artérioles. Il y a là comme une coulée de l'infiltration de la sclérose syphilitique, remontant le long de l'axe du courant lymphatique ; c'est en quelque sorte un prolongement de l'infiltration indurée du chancre. F. BALZER.

HALLOPEAU et G. BUREAU. Sur le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure (*Bull. général de thérap., 15 janv. 1897*).

La formule de la préparation employée par les auteurs est la suivante :

Salicylate de mercure.. 4 grammes.
Huile de vaseline..... 30 grammes.

Digitized by Google

Chaque centimètre cube renferme environ 13 centigrammes de salicylate de mercure.

Ils font en général à chaque malade deux injections d'un demi-centimètre cube par semaine, ce qui fait une dose d'environ 13 centigrammes de salicylate de mercure. Le nombre des malades ainsi traités s'élève à 48, qui ont reçu 340 injections. Jamais il ne s'est produit d'accident sérieux ; deux malades seulement ont eu des stomatites sans gravité. La douleur consécutive aux injections a été presque constamment très modérée.

Quant aux effets produits ils ont été en général des plus satisfaisants et ont presque toujours été manifestes dès la troisième ou la quatrième piqûre. Dans deux cas une albuminurie intense a disparu après un petit nombre d'injections ; l'albuminurie est donc loin de constituer une contre-indication à ce mode de traitement quand elle est d'origine syphilitique.

G. LYON.

I. — COLOMBINI et SIMONELLI. Dell' azione dell' ioduro di potassio sugli element del sangue (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, *XXXII, p. 55 et 56, 1897*).

II. — COLOMBINI et GERULLI. Dell' azione dell' ioduro di potassio sul sangue dei sifilitici (*Ibid.*).

I. — Sous l'influence de KI administré à doses fixes ou progressivement croissantes, l'hémoglobine diminue toujours plus ou moins notablement quelques jours après le commencement de la cure. L'hémoglobine peut varier un peu pendant le traitement, mais à sa fin, elle atteint toujours un chiffre plus élevé qu'auparavant. Après la première semaine du traitement les globules rouges diminuent toujours et quelquefois d'une manière très notable ; pendant le traitement le chiffre des globules peut varier, mais ne revient pas au chiffre qui existait avant le traitement. Lorsqu'on le cesse les globules rouges tendent à devenir plus nombreux. L'iodure de potassium paraît sans action sur les globules blancs. Le poids du corps sous l'influence de ce remède diminue quand on emploie des doses progressivement croissantes et tend à augmenter de nouveau quand le traitement a cessé.

II. — KI administré par l'estomac chez les syphilitiques, avant tout autre remède, augmente le chiffre des globules rouges et de l'hémoglobine abaissé par la maladie. Certaines variations peuvent se produire, mais d'une manière générale le traitement continué par KI augmente le nombre des globules rouges ; l'hémoglobine subit les mêmes phases.

Au moment de la cessation de la cure, les globules rouges et l'hémoglobine tendent à diminuer, puis ne tardent pas à progresser de nouveau. Parallèlement à l'amélioration de la crase sanguine, on note une constante et notable augmentation dans le poids du corps des syphilitiques soumis à l'action de KI.

L'auteur croit que KI agit directement sur le virus syphilitique, il le considère comme un des meilleurs remèdes de la chloro-anémie produite par la syphilis.

F. BALZER.

Digitized by Google

P. COLOMBINI. Della albuminuria nel processo blenorragico (*Il Policlino, supplem., 1897*).

L'auteur a recherché l'albuminurie dans la période aiguë de la blennorragie, chez des sujets qui n'avaient été soumis à aucun traitement soit par les injections urétrales soit par les balsamiques et qui n'étaient pas atteints d'accidents syphilitiques ou de cystite. La recherche de l'albumine a été faite, après filtration de l'urine, au moyen de l'acide nitrique, du sulfate de soude, de réactif phénico-acétique.

Dans 72 cas de blennorragie avec épididymite, l'auteur a constaté 42 fois l'albuminurie; tandis que dans 300 cas de blennorragie simple, il ne l'a constatée que 24 fois. Il rejette l'hypothèse d'après laquelle l'albuminurie serait la conséquence d'une néphrite par propagation ascendante de l'inflammation blennorragique et pour cela, se base sur l'absence de tout symptôme de néphrite. Il conclut que l'albuminurie est la conséquence d'une infection générale avec localisation rénale consécutive ; l'existence de l'épididymite donne plus de chances à cette infection de se produire. GEORGES THIBIERGE.

I. — AHLFELD. Stomatite blennorragique chez un nouveau-né (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 941, 19 oct. 1896*).

II. — Hermann MUELLER. Ein Fall von gonorrhoischer Gonitis bei einem Saügling (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 22, p. 710, 15 nov. 1896*).

I. — Ahlfeld présente un enfant, dans la première semaine de vie, affecté d'inflammation blennorragique de la muqueuse buccale. Sur les régions où la muqueuse très mince de la voûte palatine, laisse apercevoir par transparence, os et cartilages sous-jacents, il s'était formé au début un enduit d'un jaune intense composé de gonocoques. L'affection dura 5 jours sans troubler l'état général.

II. — Enfant du sexe masculin, âgé de 4 semaines ; le genou gauche très gonflé contient du liquide ; le membre inférieur correspondant est fortement fléchi au niveau du genou ; les mouvements qu'on imprime au membre sont très douloureux. Température à peine plus élevée que la normale. Aucun symptôme de syphilis. Dès le début de la grossesse, la mère a parfois éprouvé de l'ardeur en urinant. Le quatrième jour après sa naissance, cet enfant fut pris de conjonctivite blennorragique pour laquelle il fut traité à la clinique ophtalmologique de la Faculté. La tuméfaction du genou a commencé le quatrième jour de son admission, c'est-à-dire le huitième de l'infection. Actuellement, l'ophtalmie est entièrement guérie. Une goutte de la sécrétion purulente de l'urètre maternel contenait des gonocoques typiques. J. B.

JACQUET et GHIKA. Sur un cas d'arthroblennorragie avec troubles trophiques (*Soc. méd. des hôp., 22 janv. 1897*).

Un homme de 27 ans a eu à 14 ans une première blennorragie; depuis l'âge de 20 ans il a eu 5 nouvelles blennorragies toutes suivies, au bout de 10 à 15 jours, d'un rhumatisme articulaire généralisé de plus en plus sévère et tenace; les déformations paraissent aux pieds après la troisième; les productions cornées paraissent au déclin du rhumatisme qui a suivi la quatrième; on constate alors une cardiopathie; après la cinquième, viennent des crises

Digitized by Google

angineuses et nouvelles productions cornées, après la sixième, retour des crises angineuses et réapparitions des productions cornées.

A son entrée à l'hôpital, on ne trouve pas de troubles trophiques cutanés aux membres supérieurs jusqu'aux phalangettes; sur celles-ci, la peau est rose, lisse, adhérente; l'angle de l'auriculaire est soulevé par une masse cornée, stratifiée, qui sépare le derme; aux orteils, la semelle plantaire est épaissie, cornée, fistuleuse; par places s'élèvent des cônes cornés, réguliers, isolés ou agglomérés, mesurant 1 à 2 centimètres de diamètre, saillant de 5 à 10 centimètres, durs, jaunes; ils parurent les trois fois, avant que le malade ne marchât. Les ongles sont presque tous épaissis, déformés. Il s'agit donc d'une dermite papillaire diffuse, aboutissant à l'hyperkératose. H. L.

I. — KÖNIG. Gonorrhoische Gelenkentzündung (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 2, p. 39, 11 janv. 1897*).

II. — Discussion de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibid.*, *n° 4, p. 82, 25 janv. 1897*).

I. — K. établit les catégories suivantes dans les arthropathies blennorragiques : 1° l'hydropisie; 2° l'hydartrose séro-fibrineuse et catarrhale; 3° l'empyème; 4° le phlegmon, tantôt purulent, tantôt fibrineux (arthrite pseudo-membraneuse ou ankylosante d'Ollier). Quant à l'arthralgie, K. incline à n'y voir qu'une forme douloureuse de l'arthrite fibrineuse.

Pour l'hydartrose simple et récente, K. est partisan de la ponction suivie d'injection phéniquée.

II. — *Nasse* a traité 45 cas sans compter les nombreuses femmes atteintes d'arthropathies de même nature, bien qu'elles ne parussent pas affectées de gonorrhée. A l'instigation de Nasse, Rindfleisch a pratiqué l'examen bactériologique de 27 malades; il a constaté la présence des gonocoques dans 14 cas d'affections des jointures ou des gaines tendineuses; 3 fois il y avait en même temps d'autres microorganismes. Chez les 13 autres malades, il n'a rien trouvé.

Nasse a remarqué que l'hydarthrose blennorragique présente une teinte spéciale; au lieu d'être jaunâtre, elle est souvent très brune comme s'il s'agissait d'un ancien épanchement sanguin. König confirme le fait et l'attribue à ce que les malades se sont servis de leur jointure.

Nasse rapporte aussi à la blennorragie beaucoup de rhumatismes des femmes enceintes et des accouchées.

Koerte n'a jamais découvert de gonocoques dans le rhumatisme blennorragique; il en est de même de G. Lewin. J. B.

R. STANZIALE. Contribution à l'étude bactériologique des abcès péri-urétraux qui compliquent la blennorragie (*Riforma med.*, *9 fév. 1897*).

Dans 3 cas d'abcès périurétraux compliquant la blennorragie Stanziale a constaté constamment la présence du gonocoque dans le pus. Une fois ce microbe existait seul; dans un autre cas il s'était associé au staphylocoque blanc et dans le troisième, au staphylocoque doré. Sa présence constante permet de lui attribuer le rôle pathogénique prépondérant dans la production de ces abcès. G. LYON.

Digitized by Google

A. NANOTTI. Contributo allo studio della pioemia da gonococco (*Il Morgagni, p. 824, déc. 1896*).

Femme de 31 ans, atteinte de blennorragie urétrale depuis 2 mois; abcès de la glande vulvo-vaginale gauche. 3 jours après un curetage de l'utérus suivi de cautérisation au chlorure de zinc, fièvre, périmétrite et pelvipéritonite; en 9 jours les phénomènes aigus cessent, puis, après 6 ou 7 jours de calme, arthrite du coude gauche avec fièvre et épanchement considérable, puis, dans l'espace de 12 jours, toutes les articulations sont atteintes, sauf celles des hanches; en outre, synovite de la gaine des tendons extenseurs du pied gauche; souffle mitral systolique rude. Gonocoque sans autre microcoque dans les sécrétions urétrales et vaginales, dans les épanchements du coude gauche et du poignet droit; examen bactériologique de l'épanchement du coude droit et du sang négatif. GEORGES THIBIERGE.

W. HOWALD. Behandlung der Gonorrhoe mit Airol (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 24, 15 déc. 1896*).

Sous la direction de Lesser, Howald a expérimenté l'action thérapeutique de l'airol sur 20 hommes atteints de blennorragie aiguë et 11 atteints de blennorragie chronique. Les injections ont été pratiquées selon la formule de Legueu et Lévy (*R. S. M.*, XLVIII, 210); mais il n'en a été fait que deux par semaine, pour ne pas irriter inutilement l'urètre. La douleur cuisante, assez intense après les premières injections, disparaît en général complètement à partir de la troisième. Les malades gardaient le liquide 10 minutes dans leur canal. En outre, ils prenaient tous, à l'intérieur, de l'essence de santal.

Sur les 20 cas aigus, 12 ont été absolument guéris en peu de temps et 6 simplement guéris, c'est-à-dire que si, comme les 12 précédents, ils n'avaient plus ni écoulement, ni gonocoques, ni troubles fonctionnels, leur urine, au lieu d'être entièrement claire, présentait encore quelques filaments (*R. S. M.*, XLVIII, 611). J. B.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

A. GUILLON. Essai sur les hypermnésies (étude de psychologie morbide) (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

On peut observer des hypermnésies permanentes, ce sont de véritables hypertrophies de la mémoire, hypertrophies générales ou partielles. Elles constituent toujours une anomalie et se retrouvent très fréquemment chez les idiots.

Digitized by Google

L'auteur réserve le nom d'hypermnésie plus particulièrement à un trouble de l'évocation des souvenirs (3e temps de la mémoire) et il désigne sous ce nom le rappel à un moment donné de souvenirs oubliés ou perdus de vue.

Dans ces hypermnésies deux ordres de faits : *a*) les souvenirs oubliés sont évoqués sans précipitation, sans changement du ton ordinaire de la mémoire ; *b*) les souvenirs se précipitent en foule, le ton de la mémoire s'élève, il y a avalanche de souvenirs.

Etiologie complexe. Causes physiologiques ou morbides. Citons les catégories suivantes : hypermnésie matutinale, hypermnésies du sommeil et de quelques états seconds, émotionnelle, préagonique, traumatique, fébrile, vésanique ou symptomatique, d'aliénation mentale, enfin hypermnésies toxiques (tabac, chloroforme, alcool, hachisch, opium).

DONNADIEU.

H. AIMÉ. Étude clinique du dynamisme psychique (*1 vol., Paris, 1897*).

Exposé psycho-physiologique des doctrines de l'école de Nancy. — Edifice d'hypothèses avec des néologismes plus ou moins compliqués, où l'auto-suggestibilité, l'idéo-dynamisme, sont prétendus expliquer toutes les modalités des troubles nerveux et mentaux, cet ouvrage s'appuie sur 75 observations d'hystériques ou d'autres maladies nerveuses aussi incomplètes les unes que les autres et recueillies chez Bernheim.

P. S.

SANJUAN. Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets (*Archives de neurol., n° 15, p. 151*).

Comparant le langage intérieur des sourds-muets à celui des individus normaux, l'auteur montre que chez les premiers il y a lieu, en dehors de la mimique naturelle et conventionnelle, de distinguer des images verbales sensorielles et motrices, les premières, uniquement visuelles, de trois espèces : pour les caractères écrits, pour les mouvements labiaux, pour les mouvements dactylologiques ; les secondes, motrices d'articulations, graphiques et dactylologiques. Il cite ensuite 2 observations de sourds-muets ayant des rêves dans lesquels les interlocuteurs du sujet emploient le langage manuel ou la mimique des lèvres suivant les cas. Ces premières observations ne sont que le prélude d'un travail plus important sur le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie chez les sourds-muets.

P. S.

PITRES. Étude sur les sensations illusoires des amputés (*Annales méd. psychol., p. 1 et 177, janv.-mars 1897*).

Reprenant toutes les théories émises sur cette question et en faisant la critique appuyée sur de nouveaux faits et de nouvelles expériences, l'auteur arrive aux conclusions suivantes. Les sensations illusoires des amputés sont dues à des excitations partant des filets nerveux de la cicatrice et donnant lieu à des perceptions faussement interprétées par la

Digitized by Google

conscience. Elles peuvent être influencées, dans une certaine mesure, par des phénomènes d'ordre psychique. La fixation de l'attention leur donne plus de netteté. Certaines associations d'idées ou de sensations les rendent plus précises. Mais elles ne sont jamais créées de toutes pièces par le cerveau. L'amputé ne localise des perceptions sur un point quelconque des membres absents que s'il a, au préalable, la notion illusoire de l'existence de ces membres, et cette notion est toujours d'origine périphérique. P. S.

PASMANICK. Ueber Malariapsychosen (*Wiener med. Woch.*, *20 et 27 mars 1897*).

P. a personnellement observé 5412 cas de malaria dont 106, chez des malades de 1 à 70 ans, se compliquèrent de troubles nerveux, véritables psychoses malariennes dont aucune toutefois ne répondit à la psychose typique décrite par Kräpelin et Krafft-Ebing comme se substituant à l'attaque de fièvre intermittente. Du reste P., exceptant la névralgie, révoque généralement en doute l'existence des formes larvées de la fièvre intermittente. De ses nombreuses observations, P. estime pouvoir diviser en trois groupes les psychoses aptes à survenir sur le terrain malarien : les psychoses de la malaria infantile ; dans la plupart des cas : paralysie de toutes les fonctions intellectuelles ; état comateux-soporifique ; très rarement délire. Les psychoses provoquées par l'exacerbation de la malaria chronique : état agité mélancolique. Les psychoses survenant sur le terrain de la cachexie malarienne : état simple mélancolique ou état de stupidité.

L'élévation de la température qui accompagne l'accès fébrile fait de la psychose un trouble cérébral agité et halluciné ; mais la psychose est un produit de la malaria chronique elle-même, soit parce que l'infection malarienne a une action directe sur le système nerveux central, soit parce qu'elle provoque indirectement un affaiblissement de tout l'organisme qui, par l'anémie générale ainsi causée, influence au plus haut point la nutrition du cerveau.

Le pronostic des psychoses malariennes est généralement bénin ; en combattant la malaria on rend le terrain impropre à l'éclosion des troubles cérébraux. CART.

CULLERRE. Une forme de délire systématisé des persécutés persécuteurs : le délire de revendication (*Ann. méd. psychol.*, *p. 353, mai 1897*).

Deux observations de délire analogue à celui étudié par Pailhas et Régis, ayant pour point de départ une déviation de l'instinct de propriété. Il s'agit de persécutés se croyant indûment frustrés de biens, à la possession desquels ils se prétendent des droits imaginaires, et qui, envers et contre tous, s'en emparent en vertu de ces prétendus droits et s'y maintiennent par la force. Le tableau clinique se rapproche beaucoup de celui du délire de persécution ordinaire, mais il s'agit de ces cas mixtes si nombreux en clinique, et différant à la fois des persécutés persécuteurs de Falret, de la paranoia quœrulens et du délire de persécution classique. P. S.

Digitized by Google

DHEUR. De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques (*Thèse de Paris, 1897*).

Parmi les troubles de la sensibilité qui sont de règle dans la mélancolie l'auteur donne comme constante l'analgésie avec conservation de la sensibilité tactile, et indique, comme point où persiste le plus longtemps la sensibilité à la douleur, la lèvre supérieure. L'analgésie peut avoir d'ailleurs une topographie assez irrégulière; mais généralement elle est symétrique. La sensibilité tactile n'est jamais diminuée que légèrement, même au niveau des zones d'analgésie. La sensibilité électrique est diminuée dans trois quarts des cas. La sensibilité thermique est diminuée dans les formes anxieuses. Les réflexes peuvent disparaître eux-mêmes. Cependant le réflexe patellaire se montre quelquefois exagéré; et les hyperesthésies existent dans un tiers des cas, mais sont toujours peu étendues.

Les organes des sens sont toujours plus ou moins atteints; les sensations sensorielles sont diminuées; les impressions cénesthésiques sont également altérées. Il y a souvent des hallucinations. P. S.

Edouard HESSE. Ueber das Ulnarissymptom... (Le phénomène du coude chez les aliénés) (*Deutsche med. Woch., p. 283, 17 déc. 1896*).

L'absence de sensations subjectives et de phénomènes réflexes à la pression du nerf cubital, a été constatée par Biernacki, chez les tabétiques. Hess fait la même recherche chez les aliénés.

Sur 30 paralytiques (hommes) 22 présentaient nettement l'analgésie du cubital des deux côtés, 1 ne l'avait que du côté gauche.

Sur 12 femmes, 5 étaient analgésiques des deux côtés, 1 à droite. La proportion est de 76 0/0 pour les hommes, 50 0/0 pour les femmes. Presque tous ces malades avaient des troubles de réaction des pupilles, des troubles de la parole et l'absence de réflexe patellaire. En réunissant les observations déjà publiées sur la question par Biernacki, Lähr, etc, on trouve :

1° chez les tabétiques et les paralytiques réunis une proportion de 66,9 0/0 d'analgésiques — 279 sur 417 ;

2° chez les paralytiques, 70 0/0 ;

3° au point de vue des sexes, du côté des hommes 73,7 0/0, du côté des femmes 43,7 0/0.

Sur 100 aliénés non paralytiques, ni épileptiques, Hess trouve 13 analgésiques bilatéraux, 1 unilatéral.

Chez les épileptiques hommes, Hess n'a trouvé qu'un analgésique sur 23. 2 autres étaient douteux, mais les 20 autres étaient nettement sensibles à la pression ; chez les femmes épileptiques, sur 10 sujets, aucun n'était analgésique.

Dans les heures qui suivent immédiatement l'attaque, l'épileptique présente presque constamment le phénomène de l'analgésie du cubital ; ainsi, dans les 6 heures consécutives à l'attaque, on a constamment trouvé l'analgésie, il est rare que la sensibilité revienne dans les 12 premières heures. Chez 2 jeunes filles hystéroépileptiques, le phénomène du

Digitized by Google

coude a été recherché pendant l'attaque, l'une réagissait promptement bien qu'elle fût insensible aux piqûres, l'autre était analgésique.

H. DE BRINON.

MASOIN. Alcoolisme et criminalité (*Mouvem. hygiénique, XII, p. 434*).

D'après les statistiques de la justice belge, embrassant la période d'années comprise entre 1872 et 1895, la proportion des ivrognes s'élève à 44,7 0/0 parmi les condamnés à un minimum de 5 ans de prison ; à 54,6 0/0 parmi les condamnés aux travaux forcés à perpétuité, et à 60 0/0 parmi les condamnés à mort. D'autre part, celle des individus en état d'ivresse au moment du crime est de 11,4 0/0 dans la première catégorie de condamnés ; de 40,7 0/0 dans la deuxième et de 43,1 0/0 dans la troisième.

J. B.

I. — E. BARTHÉS. L'alcoolisme dans le Calvados (*Revue d'hyg., XVIII, p. 1032*)

II. — F. DE GRANDMAISON. L'alcoolisme féminin (*Ibid., p. 1080*).

III. — BOURNEVILLE. Influence de l'alcoolisme des parents sur leurs enfants (*Ibid., p. 1085*).

I. — La mortinatalité et la mortalité infantile ont augmenté en 15 ans de 28 0/0 dans le Calvados. Le nombre des conscrits réformés ou ajournés pour vices de constitution a triplé pendant la même période. Les mariages ont diminué d'un huitième, tandis que le nombre des filles mères a augmenté de près d'un quart. La moyenne des naissances n'est plus aujourd'hui que de 19 pour 1000 habitants, au lieu de 23 en 1880 ; par contre, celle des décès a monté de 22 à 28 p. 1000.

Dans la plupart des communes, les femmes boivent plus que les hommes ; ce qui explique, d'une part, le taux si élevé des mort-nés, et de l'autre, la progression croissante des crimes passionnels dans le Calvados. Le débit d'eau-de-vie se fait aussi chez les épiciers, boulangers et quincailliers. Sous prétexte d'un achat, les femmes passent dans l'arrière-boutique et y consomment par jour jusqu'à 12 verres de 80 à 100 grammes. Dans un très grand nombre de communes, les cultivateurs vendent l'eau-de-vie à leurs ouvriers.

L'eau-de-vie fournie est généralement de l'eau-de-vie de betteraves ou de pommes de terre que les fermiers font venir du Nord et dans laquelle ils mettent une ou deux bouteilles de Calvados pour l'aromatiser. Fréquemment aussi la boisson est fabriquée sur place avec du caramel et de l'acide sulfurique, mais elle doit être bue alors dans les 24 heures.

II. — Sur les 500 premières femmes venues aux consultations externes de l'hôpital Laennec, 156 présentaient des signes non douteux d'alcoolisme chronique, soit une proportion de 31 0/0, tandis que dans les mêmes conditions, elle est chez les hommes de 74 0/0.

Eu égard à la profession, l'alcoolisme existait chez les 9 marchandes des quatre saisons et marchandes au panier ; chez 60 des 118 cuisinières ; chez 34 des 70 femmes de ménage ; chez 9 des 27 blanchisseuses et chez 6 des 72 couturières.

22 de ces femmes alcooliques étaient hystériques ou névropathes

Digitized by Google

9 avaient la grippe ; 6 avaient de l'artériosclérose, 4 de la tuberculose pulmonaire et 3 des ulcères ronds de l'estomac ; aucune n'avait de la cirrhose.

III. — Sur 1,000 enfants idiots, arriérés ou épileptiques admis à Bicêtre de 1880 à 1890, 471 avaient un père alcoolique, 84 une mère alcoolique et 65 leurs deux parents alcooliques. J. B.

HUZEMANN. Les homicides chez les absinthiques (*Thèse de Paris, 1897*).

L'homicide absinthique se distingue par une violence, une brutalité étranges, la rapidité de l'exécution. Il est sans cause ou celle-ci est absolument futile. Le crime accompli, il y a amnésie ou indifférence totale.

L'absinthique tue : 1° en obéissant à une impulsion soudaine, irrésistible, inconsciente, automatique, semblable à l'impulsion du vertige épileptique; 2° sous l'influence d'hallucinations terrifiantes; 3° parce qu'il est souvent un déséquilibré moral.

Le seul remède radical serait l'interdiction de la fabrication et de la vente en France des liqueurs d'absinthe et des liqueurs similaires.

P. S.

J. VOISIN. L'épilepsie (*1 vol., Paris, 1897*).

Ce livre est le compte rendu des leçons faites par l'auteur à la Salpêtrière, c'est-à-dire qu'il est tout à fait clinique, ainsi que le montrent d'ailleurs les nombreuses observations dont il est illustré. Mais il renferme en outre toute une série de recherches sur l'albuminurie post-paroxystique, sur la toxicité urinaire et l'état du sang chez les épileptiques, faites avec Péron et Petit, et d'où résulte une conception pathogénique de l'épilepsie générale. Les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie ne peuvent donner la clef de toutes les manifestations morbides. La lésion pathognomonique ne nous est en tous cas pas connue. Or les symptômes présentent la plus grande analogie avec les intoxications ; au moment des accès, il y a des troubles gastriques prémonitoires accompagnés d'hypotoxicité urinaire. Il semble donc bien qu'il y a un poison retenu et fabriqué par l'organisme et déterminant chez un sujet prédisposé des manifestations épileptiques. Après l'accès on voit en effet l'hypertoxicité urinaire reparaître, en même temps que disparaît l'état gastrique. Or, on a trouvé aussi dans le sang des microbes dont les toxines peuvent être considérées comme éclamptiques, convulsivantes. Tous les symptômes particuliers ne seraient que la conséquence de l'irritation, puis de l'épuisement des cellules cérébrales par le poison. Un chapitre consacré à l'assistance et la médecine légale de l'épilepsie complète cet ouvrage qui, tout en étant toujours essentiellement pratique, met au point toutes les discussions théoriques que soulève et soulèvera encore longtemps l'épilepsie générale. P. S.

A. CHARRIN. Épilepsie expérimentale (*Arch. de physiol., p. 181, 1897*).

Mouvements spasmodiques observés chez un cobaye, six mois après

Digitized by Google

qu'il a reçu une injection de toxine diphtéritique et qu'il a été soumis à l'action de courants à haute fréquence ayant amené une nécrose et une amputation des membres postérieurs. Ces crises éclatent quand on pince la zone épileptogène (cou) et peuvent être transférées d'un côté à l'autre.

DASTRE.

ROUQUETTE. De la lithiase rénale chez les épileptiques (*Thèse de Paris*, *1897*).

Ce travail est basé sur une seule observation avec autopsie et sur les travaux antérieurs. L'auteur pense qu'on peut observer la lithiase rénale au cours de l'épilepsie et qu'elle est due à l'hyperphosphaturie. Elle peut donner lieu à des manifestations urémiques. Il importe donc de bien connaître les états toxiques ou infectieux pouvant compliquer les crises d'épilepsie. L'alcoolisme, le saturnisme, l'urémie peuvent donner lieu à des crises identiques à celles de l'épilepsie, tandis que les intoxications mercurielles et par l'oxyde de carbone donnent lieu à des crises analogues mais non identiques.

P. S.

J.-K. MEIER. Sur l'origine des convulsions dans l'attaque épileptique (*Neurol. Westnik.*, *IV*, *4*).

1° L'écorce des hémisphères contient tous les éléments nécessaires pour provoquer des convulsions épileptiformes ; 2° Les convulsions qui accompagnent les attaques de l'épilepsie soit généralisée, soit jacksonienne dépendent les unes et les autres de l'excitation de la zone motrice de l'écorce ; 3° Après ablation partielle des zones motrices, le tableau de l'accès épileptique artificiel (électrisation, absinthe, etc.) n'est pas changé essentiellement ; 4° L'intoxication des animaux par l'absinthe, la cinchonine et la cinchonidine, après ablation totale de la zone motrice des deux hémisphères, ne provoque que rarement des convulsions toniques généralisées de courte durée avec état comateux ; 5° La participation des centres sous-corticaux dans la production des convulsions toniques dans l'épilepsie est possible, mais les expériences faites par l'auteur ne permettent aucune conclusion ferme.

H. FRENKEL.

DIMITROPOLI. Essai sur la nature intime et le traitement de l'épilepsie (*Paris*, *1897*).

L'auteur pense que l'épilepsie, dans sa nature intime, n'est qu'un syndrome dû à une auto-intoxication qui relève du ralentissement de la nutrition. Tous les épileptiques sont des ralentis; et s'il se trouve parmi eux des lymphatiques et des scrofuleux, c'est qu'ils appartiennent pour une certaine part au cadre des malades par ralentissement de la nutrition. Il range l'épilepsie dans la diathèse arthritique et il propose comme pathogénie de l'épilepsie l'auto-intoxication et l'élimination incomplète des agents toxiques, les accès étant d'autant plus rapprochés et violents que l'élimination se fait moins, que le ralentissement de la nutrition est plus marqué.

Le traitement qui se dégage de cette manière de voir consistera donc

Digitized by Google

à relever, à accélérer la nutrition : les inhalations d'oxygène, l'enveloppement dans le drap mouillé, les lavements et les purgatifs salins, la spermine et l'ovarine devront être employés concurremment. P. S.

I. — BOURNEVILLE. Idiotie myxœdémateuse (myxœdème infantile); traitement par l'ingestion de glande thyroïde de mouton (*Soc. méd. des hôp., 22 janv. 1896*).

II. — VAQUEZ. Examen du sang de sujets myxœdémateux dans le service de Bourneville à Bicêtre (*Ibid., 22 janv. 1897*).

I. — L'auteur rapporte en détail l'histoire de deux jeunes enfants (4 et 5 ans) traités par l'ingestion de glande thyroïde de mouton (un demi-lobe par jour) dans du bouillon. L'infiltration a beaucoup diminué, la dyspnée et la cyanose disparurent, les garde-robes se régularisèrent et un des enfants grandit de 11 centimètres en un an, l'autre de 10; en même temps, la dentition très arriérée est devenue complète ; le premier enfant qui n'avait que 6 dents en a percé 14 en un an.

II. — Chez le premier enfant, le nombre des hématies s'élevait de 2,200,000 à 2,800,000; le taux de l'hémoglobine de 0,58 à 0,75, le diamètre globulaire baissant de 8μ 24 à 7μ,91. Pour le deuxième cas, le nombre des globules s'élevait de 3,500,000 à 4,000,000 ; le taux de l'hémoglobine de 110 à 120; le diamètre globulaire s'élevait de 7μ 8 à 7μ,9 ; ce dernier enfant avait une cyanose très marquée des extrémités. H. L.

MÉDECINE LÉGALE.

I. — P. BROUARDEL. La mort et la mort subite (*Paris, 1895*).

II. — E. GASCON. De la mort subite et des erreurs médico-légales auxquelles elle peut donner lieu (*Thèse de Paris, 1896.*)

III. — P. BROUARDEL. Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques (*Paris, 1896*).

I. — Dans une première partie de ces leçons, Brouardel discute la valeur des signes de la mort. Il rattache la rigidité cadavérique aux sécrétions des microorganismes qui envahissent le tissu musculaire *post mortem*. En sa qualité de médecin légiste, il est resté l'adversaire de la crémation.

La deuxième partie est consacrée à la mort subite, qui, avec l'infanticide, constitue les deux tiers des autopsies médico-légales faites annuellement en France; mais dans dix pour cent des cas, la nécropsie est incapable de l'expliquer.

Parmi les causes de mort subite, Br. nie la pénétration de l'air dans les sinus utérins, les embolies graisseuses (qu'il impute aux microbes de la

Digitized by Google

putréfaction), la congestion cérébrale, la congestion pulmonaire, l'indigestion.

La 3e partie du livre, la plus considérable, est occupée par la relation de 230 observations et expertises médico-légales dont 50 personnelles (*R. S. M.*, XXVI, 669; XLV, 617 et XLVI, 622).

II. — Gascon s'attache d'abord à préciser la signification médico-légale de la mort subite, bien différente du sens qu'on lui donne en clinique, car elle est à la fois plus étendue et plus restreinte. Toutes les morts brusques ne sont pas l'objet d'expertises judiciaires; en effet, elles peuvent être une terminaison attendue, une issue connue d'une maladie qui a été diagnostiquée. D'un autre côté, il est des morts non soudaines, c'est-à-dire précédées d'une agonie plus ou moins longue, qui donnent lieu à des enquêtes, parce qu'elles surviennent inopinément, à la suite d'une affection latente. Enfin, y sont comprises aussi les morts par inhibition.

Gascon limite ensuite son étude aux morts subites qui peuvent faire croire à un empoisonnement. Ce sont, en particulier, parmi les maladies du tube digestif ou de ses annexes, les perforations d'ulcères ronds de l'estomac ou du duodénum, l'occlusion intestinale, la rupture de kystes hydatiques du foie; parmi les maladies des reins, l'urémie; parmi celles du système nerveux, les hémorragies du cerveau et des méninges, les méningites, les abcès du cerveau; parmi les affections des organes génitaux féminins, la grossesse extra-utérine; parmi les maladies infectieuses, le choléra et la fièvre typhoïde fruste; enfin parmi les morts à la suite d'interventions thérapeutiques, celles dues aux agents anesthésiques.

III. — Dans ces leçons, Br. étudie successivement : 1° l'asphyxie par l'oxyde de carbone observée dans des circonstances très diverses. Il révoque en doute l'existence des convulsions indiquées comme premier symptôme de l'intoxication suraiguë, massive; 2° l'asphyxie par l'hydrogène sulfuré (gaz des fosses d'aisances et des égouts) et il affirme l'inefficacité du sulfate de fer préconisé par les arrêtés de police pour prévenir le plomb des vidangeurs; 3° l'asphyxie par l'hydrogène arsénié, l'acide cyanhydrique, les vapeurs nitreuses, et le chlore, qui sont, à proprement parler, des accidents appartenant à l'hygiène professionnelle; 4° l'asphyxie par l'acide carbonique et 5° celle par les agents anesthésiques.

Dans la seconde partie de l'ouvrage sont réunies 51 observations et expertises dont 17 de la pratique médico-légale de l'auteur (*R. S. M.*, XLVII, 633 et XLVIII, 618).

J. BEX.

BORRI. Sull' contegno della pressione sanguigna durante l'annegamento (*Lo Sperimentale, p. 161, 1896*).

Dans l'asphyxie par submersion, dans les conditions communes, on ne retrouve pas l'élévation notable et progressive de la pression sanguine qui se produit dans l'asphyxie mécanique. Donc, dans la noyade, la condition essentielle à la production des ecchymoses sous-pleurales fait défaut. Les épanchements sanguins qu'on trouve quelquefois sous la plèvre viscérale des noyés n'ont rien de commun avec les ecchymoses asphyxiques; elles sont le résultat d'une compression du poumon engorgé par le liquide de submersion et passé en partie dans les vaisseaux pulmonaires; elles se produisent à la période ultime de la submersion.

C. LUZET.

Digitized by Google

Fritz STRASSMANN. Weitere Untersuchungen über die Todstenstarre am Herzen (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XII*, *suppl.*, *p. 110*).

De nouvelles expériences de Strassmann confirment pleinement ses précédentes (*R. S. M.*, XXXV, 247). La rigidité cadavérique détermine la contraction des ventricules cardiaques et l'évacuation partielle de leur contenu, sauf quand le myocarde est dégénéré. Cette contraction est normalement plus énergique pour le ventricule gauche. Comme la rigidité cadavérique s'empare très rapidement du cœur, il est très ordinaire de trouver dans les autopsies le ventricule gauche vide et le droit plein, quoique peut-être, au moment de la mort, ce fût le contraire qui existât.

Conséquemment, il n'est pas possible, d'une façon générale, de déduire de l'état du cœur à l'autopsie, l'état qu'il présentait au moment de la mort et, à plus forte raison, d'en tirer des conclusions sur la cause de la mort. J. BEX.

P. BROUARDEL. L'infanticide (*Ann. d'hyg. publ.*, *déc. 1896*, *et 1 vol. Paris*, *1897*)

Dans l'infanticide, les questions médico-légales concernant la mère sont au nombre de 4. *1re question* : Telle femme est-elle accouchée et à quelle époque? Br. rappelle que la sécrétion mammaire peut exister en dehors de l'état puerpéral, de même que les vergetures qui peuvent d'ailleurs manquer malgré des accouchements. Lorsqu'une femme n'a eu qu'un enfant et qu'on est appelé à l'examiner dans un temps assez rapproché de l'accouchement, on peut donner une réponse à peu près concluante. Mais si la femme a eu plusieurs grossesses et si on l'examine cinquante jours après l'accouchement présumé, il n'est plus possible de dire si cette femme est accouchée trois, quatre ou cinq mois auparavant.

2e question : La femme peut-elle ignorer qu'elle est enceinte? Le fait est possible même en dehors de la primiparité.

3e question : Une femme peut-elle accoucher sans le savoir? La chose est certaine pour une aliénée, pour une femme ivre-morte, pour une femme sous l'influence d'un anesthésique ou d'un narcotique, ou encore plongée dans le coma. Mais en dehors de ces circonstances exceptionnelles, peut-on admettre qu'une femme accouche sans s'en douter, en dormant, par exemple? Devergie le nie, tandis que Montgomery et Paul Dubois l'assurent. Quant à Br. il relate l'histoire d'une dame pluripare qui accoucha à table de deux jumeaux sans avoir éprouvé la moindre douleur. L'ayant examinée, il constata une anesthésie et une analgésie complètes, notamment des parties génitales.

4e question : Une femme qui vient d'accoucher peut-elle être hors d'état de donner à son enfant les soins nécessaires? ou dans un état mental tel qu'elle soit inconsciente des actes de violence qu'elle commet sur son enfant? Lorsque la mère a perdu beaucoup de sang et que l'enfant a péri par manque de soins, l'expert peut admettre une syncope et accepter l'allégation de l'inculpée. Mais la syncope est invoquée comme excuse dans un grand nombre de cas où la quantité de sang perdu a été peu considérable. D'autre part, on ne saurait nier qu'une

Digitized by Google

femme qui a accouché clandestinement, qui a eu la force de ne pas révéler par un cri ni un gémissement la violence de ses douleurs, qui, le plus souvent, accouche pour la première fois, peut se trouver dans un état d'épuisement qui la mette dans l'impossibilité de s'occuper de son enfant. Malheureusement, l'enquête démontre le plus souvent que cette femme n'avait non plus rien préparé pendant sa grossesse en vue de son enfant. C'est donc sur un ensemble de circonstances que l'expert doit se prononcer. Quant à la folie transitoire, à un délire fugitif paru subitement, disparu de même et n'ayant duré que le temps de commettre un infanticide, ce sont des contresens pathologiques. Ce qui est vrai, suivant Br., c'est qu'une fille obsédée depuis plusieurs mois par la crainte du déshonneur se trouve au moment de l'accouchement dans un état d'âme dont il est juste de tenir compte. Elle espère que l'enfant viendra peut-être mort? Il crie, il faut en finir, car qu'auraient servi ces efforts de dissimulation? Elle est seule; bien d'autres ont fait comme elle et ont échappé à la justice. Tout cela reste confus peut-être dans son esprit, mais ce qui est net, c'est que le cri de l'enfant ne doit pas être entendu. L'acte criminel suit... Cet acte est insensé, c'est vrai; mais Lasègue l'a dit depuis longtemps : « Quelque insensé que soit un acte, il ne prouve pas, par lui seul, que celui qui l'a commis était aliéné. » J. BEX.

H. MITTENZWEIG. Ueber Selbsthülfe bei der Geburt (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XIII, p. 86, janv. 1897*).

Une des questions mal connues en médecine légale, c'est celle des lésions que peuvent déterminer sur l'enfant les mains de la mère en s'accouchant elle-même. Les deux observations de Mittenzweig sont très importantes sous ce rapport.

Quand une femme a exercé des tractions sur son enfant se présentant par le sommet, jusqu'à quel niveau à l'extérieur du cou peut-on trouver les traces de ses mains? D'autre part, lorsque, dans le même but, elle a introduit la main dans la bouche de l'enfant, jusqu'à quelle profondeur peuvent se rencontrer les lésions produites par ses ongles ou par l'extrémité de ses doigts? Mittenzweig conclut des expériences qu'il a faites pour élucider ces deux points litigieux que, dans le premier cas, les mains de la mère ne peuvent atteindre plus bas que le corps de l'os hyoïde, et que dans le second ses doigts peuvent arriver profondément dans le pharynx jusqu'à la base de l'épiglotte. Il est impossible d'attribuer à des manœuvres brutales mais licites de la femme les fractures du crâne, tandis qu'on peut expliquer ainsi des hématomes sterno-mastoïdiens quand l'occiput frontal regarde la symphyse. Les lésions du squelette rachidien ne reconnaissent cette origine qu'autant qu'il s'agit d'une présentation du siège (*R. S. M.*, XXIX, 227). J. BEX.

I. — BORDAS. Application médico-légale des rayons Rœntgen (*Ann. d'hyg., 3e série, p. 173, août 1896*).

II — Léon FAVRE. La docimasie pulmonaire. Rôle de la putréfaction du poumon (*Thèse de Paris, 1896*).

I. — Il résulte des expériences de Bordas que la méthode radiogra

Digitized by Google

phique confirme entièrement les résultats obtenus par la docimasie pulmonaire hydrostatique et qu'elle offre en outre l'avantage de permettre à l'expert de joindre à son rapport une épreuve photographique, véritable pièce à conviction.

II. — Il ressort des travaux de Descoust et Bordas (*R. S. M.*, XLVII, 629), ainsi que des recherches de Favre, que les poumons de fœtus n'ayant pas respiré ne se putréfient pas, au sens propre du mot, mais qu'ils tombent en deliquium. Ces poumons ne surnagent donc pas, quel que soit l'état de décomposition du cadavre.

Les poumons de fœtus ayant complètement ou incomplètement respiré se putréfient toujours dans un temps variable avec la température et le milieu. Cet état, caractérisé par le développement de bulles gazeuses sous-pleurales, doit être considéré comme la conséquence de la pénétration dans l'appareil respiratoire de l'air et des germes qu'il contient.

La putréfaction du poumon, loin d'être une cause d'erreur pour la docimasie hydrostatique, vient donc, au contraire, en confirmer les résultats, puisque les expériences de Fabre montrent qu'elle ne peut être déterminée que par la pénétration de l'air dans les poumons. J. B.

A. HABERDA. Die fötalen Kreislaufwege des Neugeborenen und ihre Veränderungen nach der Geburt in besonderer Rücksicht auf Bedeutung und Verwerthung derselben bei gerichtsärztlichen Untersuchungen. Wien 1896 (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XII*, *suppl. p. 179*).

Haberda a étudié les phénomènes d'involution qui se produisent après la naissance sur le nombril et dans les voies circulatoires fœtales, afin d'en tirer des éléments d'appréciation relativement à l'âge, de la naissance à 6 mois. Voici les principaux résultats de ses recherches. La chute du cordon ombilical a lieu le plus fréquemment le 4e et le 5e, plus rarement le 3e et le 6e jours, exceptionnellement avant ou après cette période de la vie. Si le cordon est partiellement détaché, cela indique que l'enfant a vécu au moins 1 ou 2 jours.

La rougeur du liséré périphérique de l'ombilic cutané peut déjà survenir peu d'heures après la naissance, mais sur le cadavre elle disparaît souvent presque entièrement. Elle ne doit pas être confondue avec le liséré rouge n'occupant pas toute la circonférence du rebord de l'ombilic cutané, qu'on rencontre sur le cadavre.

On trouve toujours une plaie ombilicale infundibuliforme encore humide jusqu'au 14e jour; la cicatrisation complète de l'ombilic indique une vie de 3 semaines. Quand les vaisseaux ombilicaux ne sont pas encore rétractés, on peut en conclure que l'enfant se trouvait dans les 2 premières semaines de la vie; ces vaisseaux sont légèrement rétractés chez les enfants de 3 semaines; leur rétraction atteint 1 ou 2 centimètres chez ceux âgés de 1 mois; les vaisseaux sont rétractés jusqu'au sommet de la vessie au delà de 2 mois de vie et jusqu'au-dessous de ce sommet chez les enfants de 4 mois.

L'oblitération de l'extrémité des vaisseaux ombilicaux s'effectue après la fin de la 6e semaine; les parties plus profondes de ces vaisseaux peuvent, en général, être encore sondées avec une soie de porc après 2 mois,

Digitized by Google

D'ailleurs l'oblitération seule des vaisseaux ombilicaux peut servir au médecin légiste pour déterminer l'âge, car leur perméabilité partielle, en cas de coexistence de branches latérales, telles que la veine de Burow, peut persister jusqu'à un âgé élevé.

Quand le conduit de Botal a à peu près la largeur de l'artère pulmonaire, la vie a duré une semaine. A la fin de la première semaine, se forme l'embouchure infundibuliforme caractéristique sur l'aorte. Jusque dans la 2e semaine, le conduit est perméable pour un stylet de moyen calibre ; jusqu'à la fin de la 3e, pour un stylet fin; jusqu'à la fin du 3e mois, il est au moins partiellement perméable pour une soie. L'entonnoir de l'embouchure aortique s'aplanit dans la 4e semaine; on y distingue encore une dépression ombiliquée jusqu'au 3e mois.

L'embouchure du canal veineux dans la veine porte se ferme vers la 3e semaine ; le canal, dans sa totalité, se ferme rarement avant la fin du 2e mois, mais, jusqu'au delà du 4e mois, une fine lumière y reste encore appréciable près de la veine cave. J. B.

WILMANS. Ueber den Tod durch Ertrinken (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, p. 363, oct. 1896*).

W. a eu l'idée d'appliquer la bactériologie au diagnostic de la mort par submersion, en recherchant dans les organes les microbes, hôtes habituels des eaux. Il a reconnu que l'eau charrie ces microorganismes jusque dans les alvéoles pulmonaires les plus éloignés et même jusque dans le tissu péribronchique. Le fait est d'autant plus important au point de vue diagnostique que l'eau, en sa qualité de fluide incolore, n'est pas facile à constater dans les voies aériennes et à différencier des sécrétions bronchiques.

Par ce nouveau procédé, W. a de plus établi que dans les corps immergés à l'état de cadavres, l'eau pénètre beaucoup plus rapidement et plus profondément dans les organes respiratoires qu'on ne le croyait, car il a retrouvé les bacilles caractéristiques dans tous les organes thoraciques. J. BEX.

P. BROUARDEL. La pendaison; questions médico-légales (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég., XXXV, p. 507, juin 1896 et 1 vol. in-8°, Paris, 1897*).

D'après Devergie, la congestion d'une des lèvres du sillon fournit la preuve nécessaire, unique, que la pendaison a eu lieu pendant la vie ; car cette congestion est un phénomène vital, qui ne peut se produire après la mort. Cette opinion acceptée par Casper, Maschka, Hofmann et Tourdes est erronée, car les congestions survenues pendant la vie ne persistent pas ; elles disparaissent après la mort comme les éruptions de la rougeole et de la scarlatine. La congestion des lèvres du sillon est un phénomène de putréfaction cadavérique.

En revanche, la présence d'une ecchymose rétro-pharyngienne, due à la pression violente du larynx sur le pharynx, prouve que le pendu vivait au moment de la suspension. La production d'ecchymoses n'est possible en effet que tant que le cœur continue à battre. J. B.

Digitized by Google

BERNHARDT. Störungen der Psyche..... nach Wiederbelebung Erhängter (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37, p. 836, 14 sept. 1896*).

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on connaît l'existence d'une amnésie rétrograde chez les pendus revenus à la vie. La preuve en est qu'elle est parfaitement décrite par Walter Scott dans son roman de *la Jolie Fille de Perth* paru en 1828, où un médecin, personnage épisodique, en raconte un cas survenu à Paris. D'autre part, R. Wollenberg (Ueber gewisse psychische Störungen nach... Erhängen, Leipzig 1895) en cite deux exemples publiés par Kœnig en 1826. J. B.

Heinrich SZIGETI. Ueber die Anwendung der Carbolsäure beim Nachweise von Blutspuren (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série, XII, suppl.*, *p. 101*).

La recherche de traces de sang s'opère soit par la démonstration des globules rouges, soit par la constatation de l'hémoglobine.

L'analyse spectrale du sang exige la transformation de l'hémoglobine ou de ses dérivés en une solution.

Szigeti propose, comme agent dissolvant de l'hémoglobine, l'acide phénique concentré anhydre. Si aucun auteur n'a recommandé jusqu'ici cet acide, c'est parce qu'il a la réputation de coaguler l'albumine, mais cela n'est vrai que des solutions aqueuses étendues. Les expériences de Szigeti lui ont en effet appris que le sang et ses matières colorantes sont dissous par un excès d'acide phénique concentré, anhydre, principalement à la température d'ébullition. L'addition de parties égales d'alcool absolu, loin de nuire, est souvent utile, parce qu'elle empêche que l'acide phénique se solidifie par le refroidissement.

La solution de l'hémoglobine dans l'acide phénique est plus ou moins rouge brun, suivant les proportions réciproques de l'une et de l'autre substances, et, placée devant la fente du spectroscope, elle donne le spectre de l'hématine en solution acide; l'acide phénique se comporte donc en présence de l'hémoglobine comme l'acide chlorhydrique et le vinaigre anhydre.

Pour éprouver le pouvoir dissolvant de l'acide phénique concentré, Szigeti l'a essayé, entre autres, sur du papier, de la toile, du bois et des instruments en fer rouillé, tous objets portant des traces de sang, vieilles de 20 ans, desséchées à l'air et exposées depuis des années à la lumière solaire. L'épreuve n'a échoué que sur du shirting qui avait été desséché à une très haute température, jusqu'à début de carbonisation de l'étoffe. Mais, dans ce cas, les autres dissolvants ne se sont pas montrés plus actifs que l'acide phénique, à la seule exception de l'acide sulfurique concentré qui a encore fourni le spectre de l'hématoporphyrine.

De ces expériences, on peut conclure qu'on emploiera avec profit l'acide phénique toutes les fois que le sang n'aura pas été exposé à des températures trop élevées et qu'on pourra penser que la matière colorante est encore conservée sous la forme d'hématine. J. BEX.

Digitized by Google

Rudolf SCHULZ. Ueber den Werth vitalen Zeichen bei mechanischen Verletzungen (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XII*, *suppl.*, *p. 42*).

Sont des signes complétement dénués de valeur pour décider si une blessure a été faite seulement pendant la vie ou après la mort : les dimensions et la configuration des plaies produites par des instruments mousses ainsi que la rétraction des lèvres de la plaie.

L'épanchement sanguin est le seul symptôme vital d'une blessure précédant de peu de temps la mort; mais il n'est pas absolument démonstratif, car il peut s'opérer aussi après la mort dans des régions déclives. D'un autre côté, il peut être insignifiant ou faire entièrement défaut dans une blessure datant de la vie.

L'hémorragie extérieure n'indique une blessure reçue pendant la vie qu'autant qu'elle est profuse et que la plaie n'est pas déclive.

Les signes d'anémie du cadavre, surtout de l'anémie des organes, ont plus de valeur, parce qu'ils ne peuvent se produire *post mortem*. Toutefois, des plaies multiples des gros vaisseaux ou une vaste plaie déclive et à bords nets de ceux-ci peuvent, même après la mort, entraîner l'issue d'une quantité de sang assez notable.

Les hémorragies dans les cavités du corps peuvent, par leurs proportions colossales, constituer un signe de l'origine vitale d'une blessure.

Les embolies d'air ou de graisse, ainsi que la présence de sang aspiré dans les poumons, représentent des conséquences d'une blessure qui ne peuvent se produire que durant la vie.

En cas de grandes plaies, béantes, faites par instruments tranchants, alors même qu'elles seraient déclives, tout épanchement sanguin un peu notable témoigne que la blessure date de la vie.

En cas de plaies par instruments piquants, il peut se faire après la mort, dans les régions déclives, des épanchements de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané ; aussi les épanchements sanguins dans les tissus profonds ont-ils plus de valeur comme indices d'une lésion produite pendant la vie.

En cas de plaies par armes à feu, les suffusions sanguines observées dans les tissus qui entourent l'orifice d'entrée du projectile et le début de son trajet indiquent l'origine vitale de la blessure, quand elles siègent dans les parties antérieures non sujettes à l'hypostase.

Lorsqu'un cadavre est placé horizontalement sur le dos, toutes ses régions postérieures, ainsi que la partie postérieure de ses organes peuvent devenir le siège de suffusions sanguines hypostatiques. Dans des conditions favorables, des blessures faites des heures ou même des jours après la mort peuvent être suivies d'épanchements sanguins. On doit soigneusement distinguer des véritables suffusions hémorragiques, les imbibitions sanguines qui peuvent s'opérer *post mortem*.

Les épanchements sanguins sont d'autant plus considérables que les plaies sont plus déclives, mais une fois qu'ils ont atteint certaines dimensions, ils cessent de s'accroître malgré la persistance des circonstances favorisant l'hypostase. La nature solide d'un épanchement hémorragique est sans valeur comme symptôme d'origine vitale, car le sang extravasé après la mort peut se coaguler aussi bien à l'extérieur que dans les cavités du corps et les tissus.

Digitized by Google

Une infiltration sanguine uniforme d'un muscle n'est jamais un phénomène cadavérique.

En cas de plaies viscérales, le sang épanché n'est pas l'indice certain de leur origine vitale, à moins qu'il ne s'agisse de foyers de contusion dans les poumons. J. BEX.

P. MINAKOW. Ueber die Veränderung der Haare durch die Hitze (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, suppl., p. 105*).

Minakow a constaté que le microscope permet de reconnaître des altérations des poils exposés à une haute température, imperceptibles à l'œil nu. Il a fait porter ses recherches sur des cheveux ayant subi l'action directe d'une flamme, celle de l'air chaud ou celle du fer à friser, ou encore une décharge de revolver à courtes distances.

Les cheveux brûlés par une flamme offrent une extrémité en massue, de couleur noir gris ou noir rouge, très friable et tombant dès qu'on la touche. A côté de cet épaississement formé de substance cornée carbonisée, on remarque une zone plus ou moins étendue où le cheveu est à peine épaissi et a une teinte grise ou gris rouge à la lumière réfléchie ; plus loin cette zone grise, en s'amincissant graduellement, se continue insensiblement avec la portion intacte du poil. L'examen microscopique montre que l'épaississement en massue est une masse d'un noir rouge, non transparente, qui renferme de nombreuses vacuoles rondes ou ovales, de dimensions variables, contenant de l'air. Dans la zone attenante, qui est beaucoup moins friable, le cheveu a une nuance rougeâtre et renferme aussi de grandes et de petites vacuoles. A quelque distance de cette zone, on aperçoit des vacuoles moins considérables comme étendue et comme nombre qui ne sont manifestement que les interstices intercellulaires pleins d'air, fortement dilatés par la chaleur.

Quand on fait passer rapidement un cheveu au-dessus d'une flamme, il se frise, s'épaissit et devient gris ou gris rouge, sans se carboniser. Sous le microscope, on voit que la partie grise est entièrement remplie de bulles d'air plus ou moins volumineuses et la substance du poil est rougeâtre à la lumière transmise.

Les cheveux exposés durant une heure dans une étuve à la chaleur de 120 à 150° centigrades n'éprouvent aucune modification macroscopique ou microscopique ; à la température de 180° ils rougissent au bout de 10 ou 15 minutes et à celle de 200° au bout de 5 minutes déjà ; mais leur forme n'est nullement altérée ; ils ne se crêpent pas. Ils ne présentent pas non plus de vacuoles. Leur cuticule, au lieu d'être incolore, est rougeâtre et ils semblent un peu plus striés longitudinalement que d'habitude. Ce dernier phénomène est vraisemblablement dû au ratatinement des cellules de la substance corticale ainsi qu'à la distension peu marquée des espaces intercellulaires aérés. Sous l'action d'une température de 240 à 250°, les cheveux se crêpent instantanément, en devenant rouges et noir rouge ; ils sont assez friables, peu transparents sous le microscope qui y révèle la présence de grosses bulles d'air disposées en chapelet.

Les cheveux des personnes qui ont péri dans un incendie sont rouges par suite d'une modification non de leur pigment mais de leur substance

Digitized by Google

cornée, car les cheveux blancs rougissent également dans ces circonstances.

La frisure au fer donne également aux cheveux une nuance rougeâtre, en même temps que des caractères microscopiques spéciaux. Les interstices aérés intercellulaires des substances corticale et surtout médullaire sont dilatés et présentent des vacuoles arrondies ou ovales plus ou moins grandes ; en ces points, la substance cornée est moins transparente et a une teinte rouge bien distincte. Les contours de ces parties altérées sont d'habitude dentelés en scie parce que les écailles de la cuticule se sont séparées de la substance corticale. En outre, la distension considérable des interstices et la diminution de l'élasticité du cheveu ont pour conséquence son fendillement.

Quant aux cheveux exposés aux effets de la poudre enflammée, voici les résultats des expériences de Minakow :

Lorsque le coup de revolver (du calibre de 9 millimètres) est tiré à la distance de 5 centimètres, les cheveux sont carbonisés ; à 10 centimètres, il n'y en a que quelques-uns dont l'extrémité soit carbonisée tandis que la plupart sont crêpés et d'un gris rougeâtre ; à 15 centimètres, les cheveux sont seulement crêpés et d'une couleur gris rougeâtre, mais jamais carbonisés ; à 20 centimètres, 8 fois sur 9, il n'y a d'autre altération visible à l'œil nu que le fendillement d'un certain nombre de cheveux à leurs extrémités, mais sous le microscope on note toujours de nombreuses petites vacuoles et une teinte rouge de la substance cornée ; enfin, à 25 centimètres, ni l'œil nu, ni le microscope ne révèlent aucune lésion. J. BEX.

S. OTTOLENGHI. Wirkung der Bakterien auf die Toxicität der Alkaloide (*Vierteljs. f. gerichtl. Med., XII, p. 131*).

Les microbes de la putréfaction, tels que les bacilles subtil, mésentérique vulgaire, liquéfiant putride, affaiblissent la toxicité de la strychnine comme de l'atropine ; toutefois, au début, la toxicité de la strychnine est momentanément accrue. Des expériences que Rossi a faites, à l'instigation d'Ottolenghi, montrent l'action analogue du bacille colique sur ces deux alcaloïdes.

On peut inférer de cet effet des saprophytes que les micro-organismes inoffensifs ou pathogènes et leurs toxines existant chez le vivant sont également en état de modifier les effets des poisons introduits dans l'économie animale. Ainsi pourraient s'expliquer les intolérances individuelles pour certains médicaments et les empoisonnements médicamenteux imputés à des idiosyncrasies.

La pratique médico-légale peut également tirer quelques conclusions de ces faits expérimentaux. Alors même qu'il ne s'est écoulé que peu de jours depuis la mort, la réaction physiologique peut être impuissante à déceler une dose mortelle d'atropine sans que la putréfaction cadavérique soit avancée. La connaissance du temps écoulé depuis la mort est insuffisante pour affirmer qu'on retrouvera ou non le toxique. Le fait de ne pas retrouver l'alcaloïde toxique, même très peu de temps après la mort, dans un corps peu décomposé, ne suffit pas pour exclure l'empoisonnement. J. B.

Digitized by Google

W. LÖSENER. Ueber das Verhalten von pathogenen Bakterien in beerdigten Kadavern und über die dem Erdreich und Grundwasser von solchen Gräbern angeblich drohenden Gefahren (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, *XII*).

Lösener a recherché expérimentalement si l'inhumation de cadavres infectieux entraîne des dangers pour les alentours. Il enterrait à une profondeur de 1 mètre 1/2 ou 2 mètres, dans des sols de perméabilité et d'humidité variables, des cadavres d'animaux (porcs, moutons, chèvres et chiens) infectés d'abord avec des bacilles pathogènes, puis enveloppés dans un drap et placés dans des cercueils en bois non assemblé; au bout d'un temps variable de 1 mois à 2 ans, il les exhumait pour voir si la virulence des germes persistait malgré la putréfaction cadavérique. D'autre part, il avait pratiqué l'examen bactériologique des terres sur lesquelles il opérait (domaine de la municipalité de Berlin à Blankenfeld). Il avait constaté à la surface la présence des microorganismes ordinaires du sol et de la putréfaction, tels que bacilles radiculaire, du foin, fluorescents liquéfiant et non liquéfiant, éberthiformes, coliques et protées. Leur nombre diminuait considérablement à partir de la profondeur de 50 centimètres où l'on ne trouvait plus ni bacille radiculaire ni protée. A 2 mètres, le sol ne renfermait presque plus de microbes à moins que la nappe aquifère fût à ce niveau. Quelques espèces anaérobies non pathogènes, ainsi que les bacilles du tétanos et de l'œdème malin se rencontraient encore à 2 mètres de profondeur. Les couches gelées étaient très pauvres en microbes. Dans les terrains marécageux, les espèces étaient les mêmes, mais s'enfonçaient jusqu'à 3 mètres. Enfin, L. avait reconnu au préalable que dans les cadavres non enterrés, la vitalité du bacille typhoïdique persistait 3 ou 4 jours, celle du bacille cholérique de 3 à 5 jours. Voici maintenant ce qu'il a constaté sur les cadavres exhumés : Les bacilles cholériques n'étaient vivants que jusqu'au 28e jour; le pneumocoque de Fraenkel n'était plus cultivable à cette date, tandis que le microcoque tétragène l'était encore. Le bacille pyocyanique avait succombé à partir du 33e jour ; les bacilles présentant les caractères du bacille d'Eberth furent retrouvés une fois le 96e jour ; les bacilles tuberculeux étaient morts dès le 123e jour; celui du rouget porcin et de la septicémie des souris gardait sa virulence jusqu'au 234e jour tandis que celle du bacille charbonneux subsistait après 1 an.

La terre placée immédiatement au-dessous de la fosse était toujours exempte de germes pathogènes.

L. conclut qu'alors même que les fosses sont inondées, d'une façon intermittente ou permanente par la nappe d'eau souterraine, elles ne présentent aucun danger, si le sol est perméable et entouré, à plus ou moins de distance, de quelques couches d'un terrain possédant un bon pouvoir de filtration.

L. a également étudié l'influence de la putréfaction sur l'apparition et la disparition des microbes. Il a constaté que le protée ne tarde pas à disparaître et n'est plus que très clairsemé au bout de 7 mois; que le streptocoque à longues chaînes reste virulent jusqu'à 6 mois ; que les bacilles fluorescents deviennent rares, surtout les liquéfiants, à partir de 1 an ; qu'au delà de 15 mois, ce sont les bacilles éberthiformes qui do-

Digitized by Google

minent; qu'au bout de 18 mois, on ne retrouve plus à côté d'eux que des mucédinées et qu'enfin, après 2 ans, ils deviennent rares eux-mêmes.

J. B.

Heinrich SZIGETI. Ein Fall von Selbstmord durch Autoexstirpation des Kehlkopfes (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XII. p. 345*).

Femme d'ouvrier, 42 ans. On la trouve étendue sur le dos, dans une mare de sang, la gorge coupée, le larynx gisant sur le sol à trois pas de distance, à côté du couteau de table qui avait servi d'instrument. Cette femme survécut encore 8 ou 9 heures.

Autopsie : à la face antérieure du cou, plaie à peu près pentagonale, large de 11 centimètres et longue de 10, à bords nets et à angles arrondis, s'étendant de l'os hyoïde à l'échancrure sternale et limitée, latéralement, par les sternomastoïdiens. Dans les angles supérieurs on aperçoit les glandes sous-maxillaires et entre elles le corps de l'os hyoïde. Manquent la totalité du larynx avec le cartilage cricoïde, une partie du corps thyroïde, la paroi antérieure du pharynx et la partie supérieure de la paroi antérieure de l'œsophage. La paroi pharyngée postérieure présente trois entailles linéaires et superficielles de la muqueuse. Les veines jugulaires externes sont sectionnées. Les carotides, les jugulaires internes et le pneumogastrique sont intacts. Quant au larynx extirpé, il offre plusieurs incisions, mais pas le moindre tronçon de peau du cou.

La main gauche, souillée de sang, présente au dos de la 3e phalange du médius, le long de son bord externe, au voisinage de l'ongle, une plaie superficielle longue de 8 millimètres et béante de 1/2 millimètre qui indique comment cette femme a pu s'extirper le larynx. Renversant la tête en arrière et tenant le couteau à pleine main droite, elle s'est fait, de gauche à droite, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, plusieurs incisions un peu obliques, allant presque jusqu'au rachis. Puis, introduisant son médius gauche, recourbé en crochet, dans son larynx béant, elle a tiré celui-ci en avant et en bas et l'a excisé en se blessant le doigt qui lui servait de guide.

Szigeti ne connaît d'analogue au sien que le cas de Jameson, concernant un homme de 50 ans qui s'était donné 5 coups de couteau dans la gorge et qui avait dans sa poche un magma sanglant comprenant le cricoïde, la moitié gauche du thyroïde, l'aryténoïde droit, un fragment du premier anneau de la trachée, un lambeau de muqueuse pharyngienne et quelques faisceaux musculaires.

J. BEX.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

LE DENTU et DELBET. Traité de chirurgie clinique et opératoire, tome IV : Nerfs, artères, veines, crâne, rachis, moelle (*In-8°, 992 p., Paris, 1897*).

Le tome quatrième de cet important ouvrage forme une série de monographies sur la pathologie chirurgicale des nerfs et des vaisseaux, du

Digitized by Google

crâne et du rachis. Chaque sujet, confié à un véritable spécialiste, est étudié avec un soin et un détail remarquables.

Schwartz a eu à traiter les maladies des nerfs et des veines ; en dehors des lésions classiques il a donné une place spéciale à l'étude des névrites. Delbet, dans un chapitre de 200 pages, retrace l'histoire des lésions des artères, des anévrismes ; Brodier, celle des affections des voies lymphatiques. Chipault, dont les travaux remarquables sur ce sujet établissent la compétence indiscutable, a été chargé du chapitre maladies du crâne et du cerveau, du rachis et de la moelle ; cette étude magistrale, qui forme un véritable traité de 450 pages, comporte l'examen détaillé de toutes les lésions traumatiques ou autres complications cérébro-craniennes dues à des lésions de voisinage ou à des infections, affections du rachis, de la moelle ; c'est une mise au point de ces questions si modernisées, si rajeunies et pour lesquelles la thérapeutique chirurgicale peut s'exercer avec tant d'efficacité. A. C.

S. DUPLAY. Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (*In-8° 490 p., Paris, 1897*).

Le recueil de leçons, publié par Cazin et Clado, présente un intérêt tout particulier. Les divers cas qui ont fourni le sujet de leçons sont étudiés en détail, mais sont le prétexte d'une histoire complète de la maladie, tant au point de vue de la pathologie que de la thérapeutique. L'ouvrage débute par l'histoire de la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, dont D. prend possession au moment de son centenaire, des leçons de pathologie générale, puis sur les affections les plus variées, lésions du thorax, de l'abdomen, des membres.

Citons, parmi les principales, la cure radicale des hernies, l'appendicite, les rétrécissements du rectum, la périarthrite scapulo-humérale, la talalgie, le mal perforant, etc... A. C.

CLARK et MILLER. The sterilization of catgut by cumol (*Med. Record, 27 mars 1897*).

Le cumol, composé hydrocarboné qui bout entre 168° et 178° centigrades, a été proposé comme stérilisateur du catgut par Krönig. Modifiant quelque peu la pratique de ce dernier, C. et M. résument ainsi leurs travaux : rouler le catgut en 8 de chiffre de douze brins ; exposer le catgut à une température de 80° pendant 1 heure ; placer le catgut dans le cumol à 100°, puis en élever la température à 165° et l'y laisser une heure ; faire sécher à une température de 100° pendant deux heures ; placer le catgut ainsi stérilisé dans des tubes de verre aseptiques. Pendant toutes les manipulations, le catgut ne doit pas être en contact avec les parois des récipients, mais il doit y être suspendu ou placé sur une couche de coton hydrophile. CART.

STONE. The best method of sterilizing catgut (*Journ. Amer. med. Ass., 24 avril 1897*).

S. recommande la stérilisation dans une solution de formaline, puis la conservation dans l'alcool absolu. CART.

Digitized by Google

I. — ZAJONTSCHKOWSKI. Bakteriologische Untersuchung über die Silbergaze (*Centralbl. f. Chir.*, *23 janv. 1897*).

II. — BEYER. Silbergaze als Verbandstoff (*Ibid.*, *27 fév. 1897*).

III. — Carl MEYER. Zur antiseptischen Kraft der Credé'schen Silbersalze (*Ibid.*, *23 janv. 1897*).

IV. — CREDÉ. Itrol als Antisepticum (*Ibid.*, *27 fév. 1897*).

I. — Z. a fait un certain nombre de recherches bactériologiques sur la gaze argentée, c'est-à-dire de la gaze hydrophile, traitée soit par l'itrol (Arg. cit.), soit par l'actol (Arg. lact.), sels argentiques préconisés par Credé. Les résultats de ces recherches sont longuement consignés dans ce travail avec conclusion finale, qu'au point de vue bactériologique, il faut donner à la gaze iodoformée, conservée dans le sublimé, le pas sur la gaze argentée.

II. — A cela, B. répond : Que les expériences de Z. ont été en maints cas mal conduites et qu'elles ne sont nullement en état de révoquer en doute les résultats qu'il a obtenus, lui, dans des recherches répétées et qu'enfin la gaze argentée est un pansement bactéricide lorsqu'elle a vraiment été préparée avec le sel argentique.

III. — M., dans ses expériences, s'est appliqué à rechercher le pouvoir bactéricide et le pouvoir d'arrêt de développement de l'itrol et de l'actol. Dans une solution d'itrol à 1 : 4000, les staphylocoques pyog. aur. n'ont succombé qu'après 45 minutes d'immersion et, dans une solution d'actol à 1 : 2000, qu'au bout de 30 minutes. Dans les solutions albumineuses de ces sels d'argent, l'action bactéricide est encore plus lente. Les spores du sang de rate se développent même après une immersion de 5 à 7 jours dans une solution saturée d'itrol et après un séjour de trois fois 24 heures dans une solution d'actol à 1 : 1000.

Le pouvoir d'arrêt de développement se manifeste pour les micro-organismes privés de spores (staphylococcus et pyocyaneus) sur un terrain nutritif renfermant le sel argentique : liquide ascitique 1 : 20000 et sérum sanguin 1 : 10000. Les spores de sang de rate se développent dans du sérum sanguin auquel on a ajouté de l'actol jusqu'à concentration de 1 : 10000.

Le pouvoir d'arrêt de développement de l'actol et de l'itrol sur des terrains nutritifs albumineux coïncide presque exactement avec celui du sublimé, tandis que dans une solution aqueuse, le pouvoir antiseptique du sublimé est autrement puissant que celui des sels argentiques.

IV.—C. accorde à Meyer que le pouvoir bactéricide de l'itrol et de l'actol est plus faible que celui du sublimé, mais il estime que les sels argentiques qu'il préconise, et tout particulièrement l'itrol, sont appelés à rendre de grands services dans la pratique, en ce sens que le chirurgien trouve en eux des antiseptiques dont l'action ne peut être nuisible au blessé ou à l'opéré, ce qui n'est pas toujours le cas des préparations hydrargyriques. CART.

Digitized by Google

GALLET. Tumeur sanguine en communication avec les tissus craniens (*Ann. Soc. belge chir., 15 déc. 1896*).

Jeune homme de 20 ans, portant depuis deux ans, au niveau de la suture ptérygo-frontale droite, une petite tumeur qui augmente de volume quand il incline la tête en avant. Par la compression des jugulaires elle prend le volume d'une noix. Pas de symptômes de compression par sa réductibilité et perception d'une fissure à la surface de la paroi cranienne. Céphalée et vertige lorsque la tumeur fait fortement hernie. Cette tumeur, qui n'est ni une méningocèle, ni une encéphalocèle, ni une hydrencéphalocèle, doit être une tumeur sanguine, congénitale, en communication avec les sinus. OZENNE.

VIAL. 3 cas de trépanation pour hématome traumatique intracranien (*Loire méd., 15 janv, 1897*).

1° Homme de 52 ans. Chute sur la tête. Hémiplégie droite complète, coma profond. Trépanation : épanchement extra-dure-mérien abondant en caillot. Mort le lendemain. On trouve à l'autopsie un volumineux hématome circonscrit déprimant l'hémisphère gauche et une fêlure rectiligne osseuse.

2° Homme de 56 ans, alcoolique. Chute dans un escalier. Inconscience absolue, paralysie droite. Trépanation sur la ligne de la méningée moyenne. Evacuation d'un vaste foyer hémorragique. Une heure et demie après l'opération, la parole est recouvrée et guérison en un mois.

3° Enfant de 11 ans. Coup de vrille au niveau de la fosse temporale gauche. Abcès consécutif puis, quelques jours plus tard, céphalée, convulsions, délire, vertiges et vomissements fréquents. Trépanation : dure-mère violacée, épaissie ; au-dessous, quelques gouttes de sang noir. Malgré la suppuration de la plaie, guérison. OZENNE.

ZAEPFFEL. Exostose ostéogénique du crâne (*Loire méd., 15 oct. 1896*).

Homme de 20 ans portant, au niveau de l'apophyse mastoïde droite, une tumeur dont le début remonte à vingt mois. Pas de traumatisme ; pas de syphilis. Cette tumeur, du volume et de la forme d'un gros marron, était indolente et adhérente à l'os par un pédicule très court. Son extirpation a montré qu'il s'agissait bien d'une tumeur osseuse. Pas de reproduction huit mois plus tard. OZENNE.

M. BORSUCK et A. WIZEL. Ein Fall traumatischen Blutextravasates in die weisse Gehirnsubstanz (Épanchement de sang dans la substance blanche du cerveau, suivi d'épilepsie jaksonienne) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, p. 207-219*).

L'auteur rapporte une observation qui démontre que l'épilepsie jacksonienne est quelquefois due à une lésion de la substance blanche, et qui indique la nécessité et l'utilité de l'évacuation des foyers sanguins. Un traumatisme de la tête avait amené, chez un jeune homme, la fracture de la partie antérieure du pariétal gauche et de la partie supérieure du temporal du même côté. Les esquilles osseuses furent enlevées ainsi qu'un caillot extra-dure-mérien, mais les symptômes d'aphasie et de parésie du facial et de l'hypoglosse droit qui s'étaient manifestés au début persistèrent et même se compliquèrent, en quelques jours, d'une parésie du membre supérieur droit et d'accès d'épilepsie jacksonienne. Le foyer de trépanation fut alors ouvert, la

Digitized by Google

dure-mère incisée et la présence d'un épanchement sanguin profond, au niveau du centre du facial, ayant été trouvée, le cerveau fut incisé et les caillots situés dans le foyer enlevés avec la curette. MARCEL BAUDOUIN.

CALOT. Sur les moyens de corriger la bosse du mal de Pott, d'après 37 observations, et sur le moyen de la prévenir (*Gaz. des hôp.*, *25 déc. 1896*).

Il est aussi légitime, aussi nécessaire et aussi urgent de vouloir corriger une bosse du mal de Pott qu'une déviation du genou.

Pour cela, l'enfant étant chloroformé et retourné sur le ventre, deux aides tirent sur les deux extrémités du tronc et les reportent en arrière tandis que l'opérateur presse de toutes ses forces avec ses deux mains appliquées sur la bosse. Des craquements se produisent et au bout d'une à deux minutes la bosse disparaît et rentre même au-dessous des parties voisines. Pour maintenir la correction ou l'hypercorrection produite, on applique immédiatement sous le chloroforme un grand appareil plâtré circulaire allant inclusivement de la tête à la ceinture pelvienne. Généralement avant les manœuvres de correction, il faut faire l'ablation des bourrelets cutanés qui recouvrent souvent la bosse, et même celle des apophyses épineuses saillantes ; la compression se fait mieux ensuite et on évite plus sûrement les eschares.

Le premier appareil reste en place trois à quatre mois ; il est remplacé par un second de même durée et quelquefois par un troisième. L'enfant peut marcher avec un corset du 5e au 9e mois après l'opération.

Si les segments de la colonne vertébrale sont soudés solidement, on fait une résection cunéiforme du rachis à base répondant à la gibbosité et à sommet répondant aux corps vertébraux ; on résèque les côtes correspondantes et, avec un ciseau à froid très étroit, on sectionne devant la moelle épinière la colonne des corps vertébraux au niveau de leur soudure osseuse ; il faut que les segments du rachis pivotent de façon à ce que les deux lèvres de la brèche pratiquée en arrière viennent au contact. Immédiatement l'immobilisation est faite avec l'appareil plâtré.

37 malades ayant une bosse datant de 3 mois à 8 ans ont été opérés de la sorte. Pas un seul décès ; pas une seule paralysie. Chez deux, au bout de 4 ou 5 mois, il est survenu des abcès. Trois enfants ont été opérés malgré des abcès qui se sont résorbés spontanément.

La bosse du mal de Pott est facile à redresser quand on intervient peu après son apparition ; la décompression accompagnée d'immobilisation facilite beaucoup la guérison des lésions vertébrales. C'est le traitement le plus rapide et celui qui met le mieux à l'abri de la paralysie.

LEFLAIVE.

L. POLLER. Ueber Wirbelsäulebrüche und deren Behandlung (Sur les fractures de la colonne vertébrale et leur traitement) (*Arch. f. klin. Chir.*, *LIV*, *289-322*).

Ces fractures se produisent d'habitude en des points où une portion plus mobile succède ou précède une portion moins mobile. Les symptômes sont : un hématome dorsal, quelquefois très volumineux ; une saillie avec dépression au-dessus et au-dessous ; le plus souvent, il n'y a pas de

Digitized by Google

crépitation, ni de mobilité anormale ; le symptôme le plus net est la douleur. Dans les fractures avec lésions de la moelle, le diagnostic est facile (paralysie, anesthésie, choc, coma, etc., en même temps que les symptômes physiques et fonctionnels de la fracture). Le redressement forcé est indiqué dans tous les cas de fracture, faisant un angle ouvert en avant, même avec compression de la moelle. Le traitement post-opératoire est très important ; position convenable du malade, veiller à la régularité des selles et des urines. Contre les paralysies, on recourra au massage aussi précoce que possible et à une mobilisation très prudente. Lavages et soins de la peau et de la bouche. Le malade ne quittera pas le lit sans une suffisante consolidation de la fracture, ce qui ne peut être obtenu avant 1 ou 2 mois. Il sera alors suspendu à l'appareil de Sayre ; s'il supporte la suspension 15 à 20 minutes, on lui applique le *Magnesit-Wasserglas-corset* avec lequel, en s'aidant des béquilles, il pourra essayer de marcher. Contre les atrophies et paralysies partielles, massages et douches.

Suivent 6 observations de redressement forcé avec 6 guérisons complètes ou à peu près. MARCEL BAUDOUIN.

WILLIAMS. Stab wound of the heart and pericardium (*Med. Record, 27 mars 1897*).

Nègre, âgé de 24 ans, reçoit au cours d'une rixe un coup de poignard dans la région précordiale. L'état du blessé et une hémorragie profuse indiquant nettement de graves lésions internes, on se décide à intervenir. Successivement une partie du sternum et 2 centimètres environ de la 5e côte, ainsi que le 5e cartilage costal sont dénudés, puis ce dernier est réséqué. On trouve alors la mammaire interne lacérée ; elle est liée au catgut. L'incision intercostale étant continuée, on déprime quelque peu le poumon et le cœur et l'on voit que le péricarde est coupé sur une largeur de 3 centimètres environ et que le cœur présente une toute petite plaie pénétrante située à la droite de l'artère coronaire entre deux de ses branches latérales. Ces deux plaies ne donnent pas de sang ; tout le sang épanché dans la plèvre provient de la mammaire interne. La plaie du péricarde fut suturée au catgut fin. Une vingtaine de jours après l'intervention, il se déclarait une péricardite et une pleurésie gauche traitée par la pleurotomie sans résection costale. Guérison complète au bout de quelques mois ; le blessé fut revu en bonne santé trois ans après. CART.

I. — HAAB. Fall von pulsirendem Exophthalmus traumatischer Natur (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 24, p. 767, 15 déc. 1896*).

II. — Discussion de la Société des médecins de Zurich (*Ibid., p. 768*).

I. — Homme de 38 ans, renversé par un char de gerbes. Perte incomplète de la connaissance, violente hémorragie par le nez seulement et surdité complète. L'exophtalmie gauche ne débuta qu'un mois après l'accident, en même temps qu'apparaissaient les symptômes de paralysie des muscles de l'œil et du releveur de la paupière supérieure gauches avec pulsations et frémissement vibratoire à la partie supéro-interne du globe oculaire. Atrophie du nerf optique et atrophie complète du moteur oculaire externe droit. Le souffle s'entend jusque près de l'occiput et du côté opposé dans le voisinage de

Digitized by Google

l'oreille. La compression de la carotide gauche fait entièrement disparaître le bruit pulsatile. Il s'agit d'une blessure de la carotide interne dans le sinus caverneux.

II. — *Krönlein* a opéré, il y a 16 ans, un cas d'exophtalmie, suite de chute, chez une femme de 40 ans. Il fit la ligature de la carotide primitive qui amena la disparition du frémissement vibratoire et de la saillie de l'œil, mais l'amaurose persista.

Steiger a observé trois cas d'exophtalmie pulsatile. Dans le premier cas, une femme âgée avait été réveillée en sursaut comme par une détonation ; c'était le susurrus anévrismal bientôt suivi des autres symptômes. Le deuxième malade était un paysan, d'âge moyen qui, en travaillant aux champs, le dos incliné, fut brusquement pris de bourdonnements dans la tête et d'étourdissements. Chez le dernier malade seulement, l'affection était traumatique ; il s'agissait d'une dame dans la trentaine qui avait reçu un coup de parapluie. On ia d'abord la carotide gauche correspondant au côté blessé, puis, trois mois plus tard, celle du côté opposé. Guérison. J. B.

DANDRIDGE. Transperitoneal ligation of the external iliac artery for femoral aneurysm (*Med. News, p. 430, 3 avril 1897*).

Un homme de 39 ans, rhumatisant et syphilitique, remarqua une petite grosseur dans son aine gauche : quatre mois après, alors que cette tumeur n'avait point augmenté de volume, à la suite d'un effort, il éprouva une douleur assez vive dans l'aine, avec irradiation dans la cuisse et le genou, et la tumeur augmenta de volume. A son entrée à l'hôpital, la tumeur avait $0^m,13$ centimètres de longueur sur $0^m,08$ de large, occupait le triangle de Scarpa, débordait en haut le ligament de Poupart ; on diagnostiqua un anévrisme iliaque, s'étant propagé vers la fémorale. La tumeur continua à augmenter et s'étendit au-dessus et en dehors de l'épine iliaque antérieure ainsi que dans la fosse iliaque.

On pratique une laparotomie médiane, et après une incision du péritoine, on dénude l'artère iliaque qui est liée à sa partie moyenne ; l'incision du péritoine, au niveau de la ligature artérielle est suturée, et l'abdomen est fermé. Une incision de $0^m,16$ de longueur est pratiqué dans l'aine, le sac est disséqué et extirpé ; l'artère fémorale et la fémorale superficielle sont liées et la plaie est bourrée de gaz iodoformée ; la veine fémorale, blessée au cours de l'opération dut être liée. La guérison fut retardée par suite de suppuration au niveau du sac dont une petite partie n'avait pu être enlevée ; elle était complète au bout de 4 mois. P. MAUBRAC.

LEBESGUE. Plaie de la veine fémorale au niveau du triangle de Scarpa : ligature, guérison (*Ann. Soc. belge chir., 15 fév. 1897*).

Jeune homme de 19 ans, atteint de hernie crurale droite. Au cours de la kélotomie, la veine fémorale est entamée par une aiguille ; la plaie est latérale et intéresse les deux tiers de la circonférence du vaisseau. Ligatures au fil de soie au-dessus et au-dessous de la plaie. Pas de suites fâcheuses ; la circulation en retour s'est bien établie et l'œdème des premiers jours a rapidement disparu. OZENNE.

Digitized by Google

Henry MORRIS. Bullet lodged behind the clavicle, etc. (Balle logée derrière la clavicule, et déterminant des symptômes semblables à ceux d'un anévrisme artério-veineux) (*The Lancet, p. 662, 6 mars 1897*).

Un homme de 20 ans, se tire, le 11 mars 1896, une balle de revolver dans le côté gauche de la poitrine : l'orifice d'entrée est situé au niveau du bord supérieur de la troisième côte, à $0^m,08$ centimètres du bord gauche du sternum ; la balle semble avoir pénétré vers la racine du cou, mais on ne peut la découvrir. Hémorragie externe légère, mais épanchement abondant sous les pectoraux ; on ne perçoit pas de pulsation ni dans la radiale ni dans l'axillaire. Souffle bruyant, surtout marqué vers le milieu de la clavicule, s'étendant dans le cou, sur la poitrine jusqu'au sternum et jusqu'à la troisième côte. Le bruit vasculaire fit diagnostiquer une communication entre l'artère et la veine sous-clavière. Une tentative de recherche de la balle, n'amena pas la découverte du projectile : la plaie guérit, puis les pulsations reparurent dans la radiale ; en même temps, le patient accusait des douleurs dans le bras gauche, mais point en rapport du trajet des troncs nerveux. Une épreuve photographique à l'aide des rayons X montra la balle logée derrière la clavicule, à un pouce et demi de l'articulation acromio-claviculaire. Le 8 juillet, une incision rasant le bord supérieur de la clavicule permit d'extraire sans difficulté la balle. Le 30 juillet, le bruit vasculaire persistait identique, sans œdème, ni coloration, ni engourdissement du bras ou de la main ; peut-être existe-t-il une communication de petit volume entre l'artère et la veine. A la date du 26 février 1897, on apprenait que le blessé était en parfaite santé, et que durant tout l'été et l'automne il avait pu canoter sans fatigue ni gêne.

P. MAUBRAC.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les lésions du poumon (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 76 et suiv.*).

Bazy conclut à l'innocuité de l'ouverture de la plèvre, à la condition qu'elle ne soit pas trop large, et rejette le décollement pleuro-pariétal pour l'examen de la surface du poumon.

Tuffier rappelle les faits expérimentaux qu'il a communiqués avec Hallion à la Société de Biologie et qui se rapportent à la respiration sous pression après tubage du larynx qui ne présente pas de dangers et qui empêche la production du pneumothorax à la suite des incisions larges de la plèvre destinées à examiner le poumon et à en traiter les lésions.

Quénu fait remarquer qu'en l'absence d'adhérences pleurales l'ouverture de la plèvre est parfois mortelle en raison du pneumothorax qui se produit et qu'on doit s'efforcer d'éviter. Il rappelle ses expériences sur la respiration sous pression après trachéotomie pour empêcher le retrait du poumon après l'incision large de la plèvre. Cependant jusqu'à nouvel ordre il ne préconise l'insufflation et l'augmentation de pression de l'arbre aérien que dans les cas de tumeurs du thorax.

La production préalable d'adhérences pleurales ne peut être obtenue si l'on a pu se garder de toute infection primitive ou secondaire.

Delorme considère la respiration sous pression comme compliquée et inutile et estime qu'il suffit, pour ramener le poumon en rapport avec le thorax au moment de l'incision pleurale, de faire tousser le malade qu'on aura laissé réveiller ou qu'on aura incomplètement endormi.

Digitized by Google

Lejars a pu, dans deux cas, décoller aisément la plèvre sur un rayon de 5 à 6 centimètres. Il insiste sur les difficultés d'une exacte localisation des lésions pulmonaires et sur les fâcheuses conséquences qui en résultent au point de vue de la chirurgie du poumon.

Bazy constate que le décollement de la plèvre est très difficile et insuffisant pour explorer le poumon, car il ne donne aucun indice sur le siège des lésions pulmonaires. Il insiste avec Delorme sur l'importance de la respiration artificielle pour amener l'expansion du poumon, même lorsque celui-ci est affaissé sous l'influence du pneumothorax. Il cite une observation à l'appui de sa thèse.

Routier, à propos d'un cas qu'il rapporte, conclut : 1° que le décollement pleural est facile et ne donne aucun renseignement; 2° qu'après une incision même large de la plèvre il ne se produit pas de pneumothorax.

J. VANVERTS.

G. BRESARD. Étude sur la chirurgie pulmonaire (*Thèse de Paris, 1897*).

Après un court chapitre d'historique, l'auteur étudie les modes d'exploration. Il montre la difficulté du diagnostic ; les méthodes d'exploration ordinaire du poumon, percussion, auscultation, sont souvent insuffisantes et inefficaces pour préciser le siège exact de certaines affections pulmonaires localisées. L'exploration directe ou chirurgicale du poumon doit être pratiquée dans ces cas et peut seule donner des indications nettes.

L'auteur rapporte tout au long la récente discussion à la Société de chirurgie et conclut que cette exploration sera faite soit par la palpation extérieure du poumon après pleurotomie ou même directement dans le parenchyme pulmonaire par pneumotomie. Il voudrait que la pleurotomie exploratrice et la pneumotomie entrassent dans la pratique chirurgicale au même titre que la laparotomie exploratrice.

Dans un 3e chapitre, l'auteur étudie le rôle du chirurgien dans les hémorragies pulmonaires, il rapporte trois observations d'intervention avec succès.

Dans la dilatation bronchique il faut choisir les cas de cavernes localisées. L'auteur rapporte 3 observations.

Parmi les complications l'auteur insiste sur les abcès cérébraux qui sont fréquents après les interventions pour suppuration. Le pneumothorax est rare dans les interventions pour inflammation du poumon ; dans les lésions traumatiques il précédera le plus souvent l'intervention.

La pneumotomie doit être faite en une séance, qu'il y ait ou non adhérences pleurales. La résection de côtes doit être la règle dans les interventions sur le poumon, soit qu'elle donne un jour suffisant pour atteindre la lésion, soit qu'elle favorise le retrait et la cicatrisation des cavités pathologiques.

L'auteur préconise le thermo-cautère pour l'incision du poumon. Il proscrit les lavages de la plèvre. Le drainage de la plèvre devra se faire au niveau de la huitième côte sur la ligne axillaire ; il est nécessaire chaque fois que la grande cavité séreuse aura été ouverte dans une opération pour une lésion septique.

VICTOR VEAU.

Digitized by Google

H. DEBIENNE. De la hernie du poumon (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans ce travail, basé sur 41 observations, l'auteur distingue les hernies du poumon en congénitales et acquises ou traumatiques. Les premières s'observent chez l'enfant; les secondes chez l'adulte; elles peuvent ne pas s'accompagner de plaies des téguments; elles siègent de préférence dans la région antéro-latérale du thorax.

La pneumocèle spontanée, sans plaie des téguments, est consécutive à une déchirure des muscles intercostaux. Celle-ci se manifeste par une douleur très vive, syncopale, coïncidant avec l'apparition de la tumeur caractéristique. Une ecchymose se développe les jours suivants.

L'auteur étudie en détail les signes physiques de la pneumocèle, il montre, d'après les observations, que la guérison spontanée est l'exception.

Le traitement médical s'appliquera aux hernies réductibles. Le traitement chirurgical sera indiqué quand la tumeur est irréductible, quand elle a tendance à s'accroître, quand elle est douloureuse; on devra se garder de taxis quand on soupçonnera une altération de la portion herniée du poumon. VICTOR VEAU.

KAREWSKI. Resectionen am Thorax (*Deutsche med. Woch., nos 14, 16 et 17, 2 avril 1896*).

La résection des côtes est motivée soit par la nécessité d'enlever radicalement une tumeur adhérente à la paroi thoracique ou aux organes intrathoraciques, soit pour mettre fin à des suppurations développées dans la cavité thoracique. Une seule observation de l'auteur se rapporte à la première indication: il s'agissait d'un sarcome récidivé, il fallut enlever avec la tumeur un morceau des 6e, 7e, et 8e côtes gauches; l'introduction de l'air dans la plèvre saine détermina le retrait immédiat du poumon mais bientôt l'expansion se fit et le poumon revint s'appliquer à la paroi costale. Le malade guérit de son opération après avoir présenté pendant quelques heures des phénomènes de collapsus inquiétant.

3 autres opérations ont été pratiquées chez des enfants qui, après avoir subi l'empyème, présentaient une persistance de la suppuration menaçante pour la vie.

Dans un 4e cas, il s'agissait d'une pleurésie purulente ancienne chez un enfant déprimé; les 4 opérés ont guéri, un seul est mort plusieurs mois après l'opération d'une maladie intercurrente. Dans ces cas, le danger du pneumothorax brusque au moment de l'ouverture de la plèvre n'existe pas, mais en revanche le poumon a moins de tendance à reprendre son extension primitive.

La 6e observation a trait à un vieil empyème enkysté qui avait donné lieu à une suppuration subphrénique. La longue durée de l'empyème avait déterminé la précipitation du pus de sorte que la ponction exploratrice ne donna qu'un liquide clair; le poumon, longtemps comprimé, n'avait plus de tendance à se dilater, l'ouverture large du thorax amena une prompte guérison.

Dans une série de photographies, K. montre que les déformations tho-

Digitized by Google

raciques et vertébrales sont d'autant moins grandes que la résection a été plus large et plus précoce. La 7e observation a trait à cette question des déformations consécutives. Enfin, dans une 8e observation, il s'agit d'un abcès par congestion qui n'a guéri qu'après trois opérations consécutives nécessitant de larges résections.

Les règles à suivre dans ces opérations sont :

1° L'asepsie ; les antiseptiques ont donné lieu à des intoxications ;

2° La suture de la plèvre costale à la peau pour éviter que le pus ne fuse dans l'épaisseur de la paroi et ne donne lieu à une ostéite de la côte inférieure ;

3° Le tamponnement lâche de la cavité avec la gaze iodoformée.

H. DE BRINON.

FERGUSON. Thoracoplasty in America and visceral pleurectomy, with report of a case (*Journal Amer. med. Assoc., 9 janv. 1897*).

Chez un homme de 40 ans, atteint d'un empyème chronique gauche, F. a pratiqué l'opération de Shede, enlevant les côtes de la 2e à la 8e, ainsi que les muscles intercostaux et la plèvre pariétale. L'opéré se rétablit, malgré une pneumonie intercurrente, mais, au bout de quelques mois, la suppuration ne tarissant pas, F. réséquait 17 centimètres de longueur sur 5 à 7 centimètres de largeur de la plèvre viscérale, qui atteignait en épaisseur de 2 à 5 centimètres, Deux mois après cette intervention, l'opéré quittait l'hôpital en bonne santé. mais considérablement déformé.

CART.

HANKINS. Case of neurofibromatosis and sarcomatous tumor in neck (cou) : ligature of thoracic duct (*The Australasian med. Gaz. p. 66, 20 fév. 1897*).

Une femme âgée de 39 ans, porteuse de plusieurs nodules de molluscum fibrosum, présentait, en outre, sur le côté gauche du cou, une tumeur volumineuse mobile, s'étendant de la mastoïde à la clavicule. Une ponction exploratrice ne donna aucun liquide. La tumeur est douloureuse, pesante, recouverte d'une peau très amincie, comprime la trachée et gêne la respiration. A droite, de la mastoïde à la clavicule, on perçoit une chaîne de petites tumeurs ; dans l'aisselle existe une tumeur du volume d'une mandarine, et sur la face dorsale de l'avant-bras une chaîne de petites nodosités indolores et sous-cutanées. La tumeur du côté gauche a débuté il y a douze ans ; du côté droit, il y a quatre ans.

Le 28 septembre 1896, la tumeur du côté gauche est enlevée sans grande difficulté ; mais en libérant un prolongement qui s'engageait derrière la clavicule, s'échappa un liquide lactescent provenant d'un vaisseau déchiré qui n'était autre que le canal thoracique ; le canal fut divisé entre deux ligatures. La patiente guérit en dix jours sans aucun incident. La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes. La tumeur de l'aisselle fut ensuite enlevée ; on constata qu'elle était en continuité avec un paquet de fibres blanches, en réalité de petits vaisseaux lymphatiques contenant une substance gélatineuse. Au cours de l'opération, on excisa par mégarde le musculo-cutané intéressé par la tumeur, qui, ici, était un neuro-fibrome.

Les suites de la suture du canal thoracique furent insignifiantes ; l'alimentation normale fut parfaitement supportée et la malade a légèrement engraissé.

Keen cite, dans son manuel de chirurgie, 4 cas de blessure du canal thoracique ; en aucun cas le patient n'a paru éprouver quelque gêne de l'accident.

P. MAUBRAC.

Digitized by Google

M. LYMPIUS. Struma accessoria der Zungenbasis (base de la langue) Extirpation. Heilung (*Deutsche Zeits. f. Chir., XLIV, 516, p. 451 à 454*).

L'auteur relate l'observation d'une femme de 36 ans, qui souffrait depuis 2 ans d'une tumeur à la base de la langue. Cette tumeur augmentait petit à petit et n'occasionnait qu'un peu de gêne de la parole et de la déglutition; mais le volume ayant augmenté, la malade entre à l'hôpital. Etat général bon. On observe au milieu de la racine de la langue une tumeur rougeâtre, de la grosseur d'une prune, résistante. Le doigt ne peut atteindre l'épiglotte, dont la vue échappe aussi au laryngoscope. Ponction exploratrice. Le sang jaillit dans la seringue. Le diagnostic hésite entre un angiome, un kyste de l'épiglotte et une struma accessoria, ayant complètement envahi l'épiglotte. Opération par la méthode de Kocher, pour l'extirpation de la langue. En même temps trachéotomie avec tamponnement de la trachée, pour faciliter l'anesthésie et éviter l'écoulement du sang dans le larynx. Après l'ouverture de la cavité buccale et l'incision des ligaments palato-glosses, la tumeur fut très abordable. Enucléation de la tumeur avec la plus grande partie de son enveloppe. Suture et drains de gaze, dont l'extrémité fut amenée au dehors par la fente buccale qu'on avait pratiquée et que l'on sutura dans le reste de son étendue.

Suture des muscles palato-glosses. Opération le 8 août; le 12 août, mobilité relative de la langue; le 1er septembre, la malade quittait l'hôpital, guérie. A la coupe, tumeur lisse; au microscope, follicules très serrés, tapissés d'un épithélium pavimenteux. MARCEL BAUDOUIN.

P. CLAISSE. L'actinomycose linguale primitive (*Presse méd., 31 mars 1897*).

Le malade, homme de 39 ans, vient consulter l'auteur en décembre 1895 pour une ulcération de la langue qui semble d'origine traumatique par érosion d'un chicot dentaire. En janvier 1896, la plaie est fermée. En avril, le malade revient pour une tumeur qui correspond à l'ancienne ulcération, du volume d'une noisette, non fluctuante, sans aspérité, ni inégalité. Le diagnostic reste hésitant entre le cancer et la syphilis; l'iodure amène une amélioration des troubles fonctionnels, mais il persiste un noyau dur, profond. En août, la tumeur a reparu, fluctuante; la ponction ramène un liquide muco-purulent contenant les grains caractéristiques d'actinomyces. Reprise de l'iodure, guérison complète. A. CARTAZ.

LEJARS. Sur les dangers de l'intervention chirurgicale dans le goitre exophtalmique (*Bulletin Soc. chir., XXIII, p. 120, 154 et 179, 10, 24 fév. et 3 mars 1897*).

Lejars rapporte une observation d'ablation du lobe droit hypertrophié du corps thyroïde pour goitre exophtalmique. En l'absence de tout accident opératoire la mort survient 12 heures environ après l'intervention. Cette mort rapide, inexpliquée par l'autopsie, s'est présentée avec les caractères d'un empoisonnement suraigu, dû probablement à une hyposécrétion thyroïdienne consécutive au traumatisme opératoire.

L. rapporte la statistique récente d'Allen Starr où sur 190 cas de goitre exophtalmique opérés on relève 23 morts survenues dans les premiers jours. Cette mortalité relativement élevée doit rendre très circonspect dans l'emploi de la thyroïdectomie pour la cure du goitre exophtalmique.

Digitized by Google

Tillaux a abandonné la théorie qu'il avait autrefois soutenue, à savoir que les accidents du goitre exophtalmique étaient d'origine mécanique. Il admet actuellement deux variétés de goitre exophtalmique : une première, chirurgicale, caractérisée par la présence d'une tumeur au sein du tissu thyroïdien qu'elle refoule, dont le symptôme prédominant est la dyspnée et qui relève du traitement chirurgical; une deuxième, médicale, caractérisée par une hypertrophie diffuse du corps thyroïde, dans laquelle l'hypertrophie thyroïdienne a été ordinairement précédée par des palpitations, des troubles oculaires, et qui ressortit exclusivement de la thérapeutique médicale.

Picqué est de l'avis de Tillaux et estime qu'il y a des goitres auxquels le chirurgien ne doit pas toucher, parce que l'élément thyroïdien est secondaire.

Suivant *Tuffier* les morts rapides sont dues à l'empoisonnement suraigu provoqué par les manœuvres opératoires, la malaxation de la tumeur et l'écoulement du liquide thyroïdien dans la plaie.

Poncet estime de même que certains accidents aigus qui succèdent à une intervention sur le corps thyroïde doivent être considérés comme consécutifs à un empoisonnement provoqué par le suc thyroïdien (toxhémie thyroïdienne). En raison de ces dangers et de l'incertitude du résultat qui est loin d'être toujours durable, P. estime qu'il faut réfléchir avant de recourir à la thyroïdectomie et lui préfère la résection du sympathique cervical qui paraît donner des résultats définitifs meilleurs et n'expose pas à la toxhémie thyroïdienne. J. VANVERTS.

E. TAILHEFER. Variété très rare de thyroïdite chronique (*Gaz. hebd. Paris, 14 fév. 1897*).

Homme de 30 ans sans autres antécédents que des laryngites. Au cours de la dernière, apparaît une tuméfaction de la thyroïde, dont le lobe gauche est dur, indolent et mesure 6 centimètres dans ses différents diamètres. Une incision conduit sur la tumeur qui est très profondément enclavée, adhère aux vaisseaux et se perd vers la base du crâne. Impossibilité de dégager la tumeur, dont on n'enlève qu'un fragment gros comme un abricot. Plusieurs pinces à demeure sur les vaisseaux friables. Le treizième jour, hémorragie par l'artère carotide primitive gauche. Un clamp est placé sur le paquet vasculo-nerveux ; vingt heures après, aphasie brusque et hémiplégie droite et coma pendant quarante-huit heures. La température oscilla autour de 39° pendant six jours et peu après se montrait une panophtalmie septique de l'œil gauche. Au bout de deux mois, après une pneumonie due à la section du pneumo-gastrique, on notait la disparition de l'hémiplégie et le malade, d'ailleurs en bonne santé, commençait à prononcer quelques monosyllabes.

L'examen histologique du fragment enlevé a montré qu'il s'agissait d'une inflammation chronique de la choroïde. Quant à l'hémiplégie et à l'aphasie, elles doivent être expliquées par des thromboses réalisées après l'application du clamp. OZENNE.

C.-L. LEGRAND. Des imperforations de l'œsophage (*Thèse de Paris, 1897*).

L. a rassemblé, dans ce travail, 63 observations, dont 3 inédites, d'imperforations de l'œsophage. Il divise ce genre de malformations en 6 ca-

Digitized by Google

tégories : 1° absence de l'œsophage ; 2° imperforations : œsophage divisé en deux bouts avec abouchement trachéal ou œsophage fermé par un diaphragme ; 3° rétrécissements ; 4° fissures trachéo-œsophagiennes ; 5° ectasies et diverticules ; 6° dédoublements.

Sur les 63 cas, 23 fois il y avait d'autres malformations, 15 fois pas d'autres ; 25 cas sont sans indications à cet égard. L. étudie les diverses variétés, les symptômes et le diagnostic de cette lésion, et conclut que la seule intervention possible, malgré le peu de chances de succès, est la gastrostomie. Dans 41 cas où la survie a été notée, 36 fois la mort est survenue entre la naissance et le huitième jour. A. CARTAZ.

BUDD. A successful case of external oesophagotomy (*Med. Record, 6 mars 1897*).

Femme de 40 ans ayant avalé une pièce dentaire munie d'un crochet et supportant deux fausses dents ; la pièce s'arrêtait dans la région de l'œsophage située en arrière de la bifurcation trachéale et séjournait là pendant vingt-deux mois sans provoquer d'autres phénomènes morbides qu'une dénutrition générale par défaut d'alimentation ; en effet, la déglutition devenant de plus en plus pénible, la malade en arrivait à ne plus vouloir manger. L'œsophagotomie pratiquée avec succès fit rentrer toutes choses dans l'ordre normal.

Après l'exposé de ce cas personnel, B., rappelant que les statistiques de Walker (120 cas) et de Egloff (15 cas) tablent sur 135 cas, réunit en un tableau synoptique 32 nouveaux cas, dont 13 appartiennent aux Etats-Unis, 10 à la France, 8 à l'Angleterre et 1 à l'Allemagne, portant ainsi à 167 le nombre de cas d'œsophagotomies pour corps étrangers actuellement publiés. La nature des corps étrangers est presque toujours banale : dentiers, pièces de monnaie, boutons, fruits, etc. Sur l'ensemble des 167 cas, la mortalité post-opératoire est de 22 0/0.

Il ressort de ces satistiques que plus l'intervention est précoce et plus grande sont les chances de guérison, la localisation du corps étranger ayant bien entendu l'importance capitale. CART.

J.-L. FAURE. Le plissement de l'estomac (*Gaz. des hôp., 2 mars 1897*).

Au cours d'une laparotomie pour kyste dermoïde des annexes, F., au moment de fermer le ventre, se trouva en face d'une hernie de l'estomac qui était immense, descendant jusqu'au pubis. Il fit une plicature avec suture qui diminua l'estomac en hauteur de 6 à 8 centimètres. Les suites furent très bonnes.

Pour exécuter ce plissement, F. passe un certain nombre de fils de catgut ou de soie perpendiculairement à l'axe de l'estomac, en les dirigeant de la grande vers la petite courbure en forme d'éventail. Ces fils ne doivent pas dépasser la couche musculeuse. Le froncement obtenu après serrement des fils diminue la cavité d'une façon considérable et remédie à une ectasie incurable par le traitement purement médical. (Voy. *R. S. M.*, XLIV, 652 ; XLVI, 239 ; XLVII, 249, 649.) A. CARTAZ.

Digitized by Google

OZENNE. Traitement de la typhlo-appendicite et de ses complications (*Bull. Soc méd. et chir. prat., 4 fév. 1897*).

Depuis que l'existence de l'appendicite isolée a été bien nettement constatée, on a une certaine tendance à contester l'inflammation du cœcum. Cette dernière, cependant, ne doit pas être complètement rejetée. Elle peut se rencontrer, comme on observe l'inflammation isolée de tout autre segment du tube intestinal.

Toutefois, par suite des rapports intimes du cœcum et de son appendice, il est probable que dans un certain nombre de cas, qui guérissent par un traitement médical, il y a tout à la fois typhlite et appendicite. C'est ce qui résulte de l'étude des phénomènes cliniques que tout praticien a l'occasion de noter assez fréquemment.

L'inflammation de l'ampoule cœco-appendiculaire peut évoluer comme toute inflammation franche et disparaître sans qu'il y ait lieu d'intervenir. D'autres fois, elle est compliquée soit de péritonite, adhésive ou suppurée, localisée ou généralisée, soit d'accidents infectieux ; elle est alors justiciable d'une opération. Mais dans tous ces cas l'auteur estime que les accidents sont dus à la septicémie : septicémie intestinale pour la typhlo-appendicite simple ; septicémie intestino-péritonéale pour ses complications.

Divisant le traitement en traitement préventif, traitement de la typhlo-appendicite et traitement de ses complications, Ozenne indique dans quel cas et comment on doit avoir recours aux moyens médicaux et aux moyens chirurgicaux et il conclut ainsi :

Si la typhlite et l'appendicite aiguës ou subaiguës peuvent se rencontrer isolément, leur association, constituant la typhlo-appendicite, paraît tout aussi fréquente.

Dans la typhlo-appendicite exempte de complications, le traitement médical doit être seul mis en pratique sous les réserves énoncées.

Dans la typhlo-appendicite compliquée, l'intervention chirurgicale est indiquée. Cette intervention, qui consistera dans l'incision iliaque de Roux ou dans la laparotomie médiane, isolées ou combinées, doit être pratiquée le plus tôt possible, pour éviter les surprises fatales qui surviennent de temps en temps et pour mettre à l'abri des récidives. o.

I. — BEAUSSENAT. Appendicites expérimentales : pathogénie de l'appendicite (*Thèse de Paris, 1897*).

II. — LEGUEU. L'appendicite (*L'Œuvre méd.-chir., n° 1, Paris, 1897*).

III. — Gustave RICHELOT. Sur le diagnostic de l'appendicite chez la femme (*Bull. méd., n° 38, p. 441, 1897*).

I. — De l'analyse de ses nombreuses expériences faites sur le lapin B. conclut à la nécessité pour créer la lésion appendiculaire de recourir ordinairement à deux facteurs : 1° l'agent infectieux, apporté par les voies veineuse, lymphatique ou intestinale, et qui est absolument indispensable ; 2° un terrain en état de réceptivité. Ces expériences confirment celles de Roger et Josué et infirment la théorie du vase clos.

Digitized by Google

B. a pu prouver expérimentalement le rôle de l'entérocolite dans la genèse des lésions de l'appendice. Il considère la lithiase appendiculaire comme une conséquence et non comme une cause de l'appendicite.

II. — Etude critique de l'appendicite d'après les plus récents travaux. L'auteur expose d'une façon très claire la question si discutée de la pathogénie de l'affection et en conclut qu'il existe trois catégories d'appendicite, par causes locales, par propagation, par causes générales.

III. — Il est presque toujours facile de ne pas confondre l'appendicite avec une maladie des annexes de l'utérus ; les symptômes, le siège de la tuméfaction, l'évolution sont différents dans les deux cas. Cependant il y a des cas qui peuvent prêter à l'erreur : 1° la tuméfaction siégeant uniquement à droite, on peut hésiter entre ces deux affections, car il existe des appendicites pelviennes et des salpingo-ovarites à situation élevée. R. relate cinq observations où le diagnostic était embarrassant. 2° Quand il n'existe que de la douleur sans tuméfaction, avec ou sans réaction péritonéale, le diagnostic est souvent obscur, surtout chez les arthritiques nerveuses. R. en rapporte deux exemples. J. VANVERTS.

A. CANJOLE. La pyloroplastie (*Gaz. hebd. Paris, 3 janv. 1897*).

Cette opération, qui consiste dans l'incision longitudinale de la région pylorique suturée dans un sens transversal, est indiquée dans les cas de sténose hypertrophique, spasmodique, cicatricielle et traumatique, quand les tissus morbides ne sont pas trop volumineux et lorsque le pylore n'est pas immobilisé par de fortes adhérences péritonéales.

Bien que cette intervention soit d'une extrême simplicité, elle peut être suivie d'accidents ; hémorragie, ruptures de l'estomac ou du duodénum, péritonite, réveil d'affections anciennes. Toutefois sa mortalité n'est pas très chargée, ainsi qu'il résulte de la statistique suivante : sur 90 cas, on compte 15 morts immédiates, dont une seule imputable à l'opération ; 2 morts éloignées, 6 récidives, 68 guérisons, se répartissant en 55 cas non suivis et 13 cas observés pendant une année au moins. OZENNE.

MENCIÈRE. Étude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie et, en particulier, sur la gastro-entérostomie par sphacèle (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Mencière, après avoir passé rapidement en revue les différents procédés de gastro-entérostomie, étudie la gastro-entérostomie par sphacèle, et principalement le procédé de Postnikow. Il a fait très soigneusement un certain nombre d'expériences sur des chiens. Dans la majorité des cas il a opéré de la façon suivante : l'animal est à jeun, a été purgé la veille et reçoit d'abord 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine en injection sous-cutanée, puis il est endormi au chloroforme. Précautions antiseptiques, ouverture de la paroi abdominale, recherche de l'estomac qui est saisi et attiré au dehors, puis fixé solidement au moyen d'une longue pince caoutchoutée. Sur la face antérieure, un peu au-dessus de la grande courbure, il pratique une excision de la séreuse et de la musculeuse ; aussitôt la muqueuse fait hernie. Elle est saisie au moyen d'une pince très souple sur une hauteur de 7 ou 8 millimètres. La portion

Digitized by Google

herniée de la muqueuse est alors comprise dans une ligature à la soie. Puis l'estomac est replacé dans la cavité abdominale. Il opère de la même façon l'anse intestinale choisie. Ensuite, faisant maintenir en regard les deux plaies gastrique et intestinale, il pratique deux lignes de sutures séro-séreuses au catgut fin.

Les animaux sont sacrifiés au bout d'un temps variable : de 24 heures à 17 jours.

Or, jamais l'auteur n'a trouvé sur les pièces de communication entre l'estomac et l'intestin. Sur les cas récents on constatait bien du sphacèle, des segments de la muqueuse ligaturés, mais autour du point sphacèlé, dans les plis de la muqueuse était du tissu de réparation et dans les cas anciens existait une cicatrice bien nette. De plus le plissement de la muqueuse produit par la ligature persistait.

L'auteur conclut que les procédés de gastro-entérostomie par sphacèle sont incertains puisque cette opération peut être suivie d'une fermeture secondaire des orifices stomacal et intestinal. A. VENOT.

Discussion sur la gastro-entéro-anastomose (*Bull. Soc. chir.*, *XXIII*, *p. 68 et 71*).

P. Reynier insiste sur un accident qu'on a déjà signalé après la gastro-entéroanastomose simple : certains malades meurent au bout de quelques jours d'occlusion intestinale qui ne se traduit que par quelques vomissements bilieux. A l'autopsie de ces malades on trouve une dilatation considérable du bout de l'intestin situé en amont de l'orifice d'anastomose. Avec l'anastomose simple, en effet, il arrive souvent que les matières stomacales sont surtout poussées dans le bout supérieur de l'intestin qui se dilate et comprime le bout inférieur, d'où la production d'un éperon qui obstrue complètement l'intestin.

De nombreuses opérations plus ou moins compliquées ont été proposées pour obvier à cet inconvénient. R. préfère la torsion préalable de l'anse qu'il fixe à l'estomac (procédé de Lucke). Cette méthode est excellente, et la seule objection qu'on puisse lui faire est le passage de la bile dans l'estomac, ce qui ne constitue pas un grand inconvénient.

Picqué, *Quénu* n'ont jamais observé l'accident dont parle Reynier.

Ricard cite un cas où en raison d'une occlusion intestinale consécutive à la gastro-entéro-anastomose, il dut pratiquer une entéro-anastomose qui guérit le malade. J. VANVERTS.

TOCHEPORT. Description et emploi d'un nouveau tube anastomotique dans la chirurgie de l'intestin (tube de Dubourg) (*Thèse de Bordeaux*, *n° 73*, *17 mars 1897*).

L'auteur a divisé son travail en deux parties : dans la première, il décrit en quelques mots les divers procédés d'entéro-anastomose et énumère, au fur et à mesure, les inconvénients qu'ils présentent. Dans la seconde, il nous donne les détails du procédé de Dubourg. Le tube de Dubourg est en caoutchouc rouge, très souple, dont les parois ont une épaisseur de 1 1/2 à 2 millimètres. Il existe 6 numéros de ces

Digitized by Google

tubes : le n° 1 a un diamètre de 10 millimètres, le n° 6, un diamètre de 20 millimètres. L'une des extrémités de ce tube est munie d'un épaulement qui fait une légère saillie et grâce auquel le tube, lorsqu'il se détachera, tombera dans l'intestin et sera entraîné avec les matières intestinales, On a fait avec ce tube des gastro-entérostomies et des cholécysto-entérostomies ; dans tous les cas on réunit les organes par deux rangées de sutures : séro-séreuse et muco-muqueuse. Les avantages de ce tube sont considérables : il assure un passage bien ouvert aux aliments dans les premiers jours de l'opération ; il facilite les sutures ; il permet de faire un orifice d'un calibre bien déterminé ; il n'occasionne aucun danger au point de vue de son élimination.

L'auteur rapporte 4 observations de gastro-entérostomies partiquées selon le procédé de M. Dubourg, avec un succès opératoire complet. Dans une observation de cholécysto-entérostomie suivie d'autopsie cinq jours après l'opération on put constater que la réunion de la vésicule à l'intestin était parfaite, le tube de caoutchouc était encore en place et la vésicule ne contenait pas de bile. A. VENOT.

Björn FLODERUS. Von der Behandlung acuter Perforations; Peritonitis nach Appendicitis..... (*Archiv für klin. Chir.* LIV. *p. 55-68*).

L'auteur rapporte le cas d'un individu ayant les symptômes de péritonite diffuse et qui fut traité par Lennander, d'Upsal. Une incision transversale fut pratiquée à droite de l'ombilic, où siégeaient des douleurs. Il en sortit un litre de liquide séreux et légèrement trouble. L'intestin, recouvert par places de membranes fibrineuses, était très dilaté. Une autre incision, faite perpendiculairement à la première sur la ligne médiane, conduisit sur un abcès pérityphlitique volumineux qui renfermait un calcul stercoral. L'appendice fut extirpé. Une incision parallèle au ligament de Poupart fut pratiquée ensuite et assura un écoulement au pus. L'auteur ajoute que Lennander pratique le lavage de la cavité péritonéale, quand beaucoup de pus s'y est accumulé ou quand il s'agit d'une péritonite diffuse. Il fait prendre, après l'opération, des stimulants et des lavements nutritifs à la dextrine et au cognac, comme alimentation. Enfin, pour favoriser l'élimination des substances toxiques, il prescrit l'administration des préparations opiacées et préfère l'injection sous-cutanée de morphine. MARCEL BAUDOUIN.

H. GESLAND. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail est basé sur 7 observations recueillies dans le service de Schwartz. L'auteur expose d'abord les procédés déjà employés : celui de A. de Garay qui se servit de la moitié interne du muscle couturier préalablement divisé ; celui de Watson Cheyne qui employa le muscle pectiné.

Schwartz employa le moyen adducteur. Après avoir réséqué le sac de la hernie, Schwartz ouvre la gaine des adducteurs, dissèque un grand lambeau dans le moyen, le fait basculer et suture ses bords à l'anneau crural.

Parmi les 7 malades opérés un seul eut une récidive un an après l'opé-

Digitized by Google

ration. Mais l'auteur réserve ce procédé aux hernies de moyen et de gros volume.

L'auteur exécuta son procédé sur le chien. L'examen histologique du lambeau musculaire, deux mois après l'opération a démontré la structure du muscle normal.

VICTOR VEAU.

PAUCOT. De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivés (*Thèse de Bordeaux, 11 nov. 1896*).

Travail basé sur 37 observations inédites de cure radicale de hernie inguinale dont 35 par le procédé de Bassini et deux par le 1er procédé de Postempsky. Tous ces opérés ont été revus plus ou moins longtemps après leur opération (de 6 mois à 2 ans) et chez tous la guérison s'est bien maintenue.

L'auteur rejette les anciens procédés de cure radicale et préconise toute méthode qui a pour but la reconstitution de la paroi postérieure du canal inguinal.

A. VENOT.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans le cancer du foie (*Bull Soc. chir., XXIII, p. 48, 70 et 97*).

Ricard insiste sur ce fait qu'il existe dans le foie des tumeurs essentiellement vasculaires, dont la moindre blessure, même à l'aide d'une aiguille, peut être rapidement mortelle. Il rapporte une observation où une ponction faite dans la tumeur après laparotomie détermina une hémorragie. Il en rapporte une autre où la ponction faite avec un trocart moyen détermina une hémorragie mortelle.

Tuffier insiste sur la difficulté qu'on rencontre parfois pour établir la nature d'une tumeur du foie, même après laparotomie. Il conseille l'examen du hile du foie où existent presque toujours des ganglions hypertrophiés dans le cas de tumeur maligne. Il cite une observation à l'appui de son opinion.

Michaux relate un cas où il existait des ganglions hypertrophiés au niveau du hile du foie sans qu'il y eût néoplasme.

Broca cite un cas où la ponction d'un cancer du foie faite à travers les téguments avec une aiguille capillaire amena la mort en douze heures.

J. VANVERTS.

G. HEINRICIUS. Ueber die Cysten und Pseudocysten des Pancreas und über ihre chirurgische Behandlung (*Archiv für klin. Chir., LIV, 2, p. 389-470*).

1° Femme, 31 ans, 2 enfants; entre à l'hôpital en 1892 pour une tumeur du côté gauche de l'abdomen, du volume d'une tête d'enfant, indolore, mobile, mais gênante. On diagnostique : tumeur abdominale de nature inconnue. Laparotomie. Gros kyste partant de la queue du pancréas. Ponction : liquide clair, incolore. Ligatures multiples et répétées. Le 12 janvier 1897, la malade se porte bien ; a eu depuis plusieurs enfants ; pas de traces de tumeur.

2° Femme, 38 ans, 3 enfants. Tumeur à la partie supérieure de l'abdomen, du volume d'une tête d'homme, tendue, mobile, surface un peu inégale. Tissu utérin mou, agrandi, son fond se trouve entre la symphyse et l'ombilic. Dia-

Digitized by Google

gnostic : tumeur ovarique. Laparotomie, 2 juillet 1895. Paroi kystique, claire, gris blanc. Ponction : 4 litres et demi de liquide brun gris avec cristaux de cholestérine. Le kyste est largement inséré au pancréas. Guérison.

L'auteur traite ensuite en détail de tout de qui concerne ces kystes. Il admet 4 procédés opératoires : 1° Procédé de Récamier ; 2° Ponction simple ; 3° Incision en 1 et 2 temps avec drainage ; 4° Extirpation totale. Le point de départ du kyste est ordinairement la queue et le corps, rarement la tête du pancréas. Suivent ensuite 92 observations de sources diverses et une belle planche avec 21 figures. MARCEL BAUDOUIN.

CRAS. Étude sur les kystes hydatiques de la rate (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Les kystes hydatiques de la rate sont rares, 0,3 0/0 des cas d'après Neisser, tandis que ceux du foie se rencontrent dans la proportion de 45 0/0. L'embryon hexacanthe ayant pénétré dans le système porte peut arriver dans la rate par reflux dans la veine splénique. Le cours du sang est très ralenti dans la rate, il y a même parfois stase, d'où fixation plus facile de l'embryon. Il est très peu problable que l'embryon puisse arriver dans la profondeur de l'organe en traversant les tissus à l'aide de ses crochets.

La symptomatologie est très variable, et le diagnostic quelquefois facile est souvent très difficile. On doit se garder de pratiquer la ponction exploratrice. Il vaudrait mieux recourir à l'incision exploratrice. La terminaison généralement grave de cette affection impose un traitement chirurgical qui sera : l'incision quand le kyste est adhérent à la paroi, la marsupialisation lorsqu'il est libre, enfin dans quelques cas particuliers la splénectomie. 14 observations dont deux personnelles. A. VENOT.

GREIFFENHAGEN. Zur Technik der Splenopexis und Ätiologie der Wandermilz (*Centralbl. für Chir., 6 fév. 1897*).

Une femme de 34 ans est opérée à 15 jours d'intervalle pour reins flottants. Quelques mois après ces deux interventions, elle éprouve subitement une violente douleur sous les fausses côtes à gauche. A la palpation, on perçoit nettement une tumeur de consistance assez ferme, mobile et lisse, et l'on diagnostique : récidive du rein flottant gauche. Incision lombo-dorsale croisant l'ancienne cicatrice. Le rein gauche est alors trouvé bien maintenu à sa place par la néphrorraphie et l'on peut s'assurer que la tumeur mobile n'est autre que la rate flottante. Splénopexie : deux points de suture à la soie sont conduits à travers la musculature de la plaie abdominale et le péritoine, puis profondément à travers le parenchyme splénique pour ressortir ensuite par le péritoine et la musculature de l'autre bord de la plaie ; les fils passés ne furent pas immédiatement liés. L'hémorragie provoquée par leur passage fut abondante et seule une longue compression parvint à l'arrêter. Le péritoine, au-dessus de la rate, ayant été complètement clos par sutures, les fils de soie traversant la rate furent tirés avec précaution de manière que la rate fut attirée doucement par sa face latérale sur le péritoine. Dans cette position, un troisième fil de soie fut passé dans le parenchyme splénique entre les deux autres fils, puis immédiatement attaché, sans provoquer aucune hémorragie appréciable. A ce moment seulement, les deux premiers fils de soie furent liés. Les suites opératoires furent apyrétiques avec formation toutefois

Digitized by Google

de petits abcès à liquide séro-sanguin. Au bout de trente jours, le malade pouvait quitter l'hôpital. CART.

STERNBERG. Ueber den Rectovaginalschnitt bei Mastardarmoperationen (*Centr. f. Chir.*, *20 mars 1897*).

S. est nettement partisan de l'incision recto-vaginale médiane s'étendant aussi haut qu'il est besoin et comprenant également le sphincter anal. Ce temps préliminaire donne tout autant et même plus d'espace et de jour que la méthode sacrée, de sorte que la résection du rectum en est d'autant plus facile. L'opération terminée, S. suture la plaie du septum recto-vaginal, suivant les principes de la colporraphie postérieure, employant le catgut stérilisé par la formaline.

La statistique comprend 14 malades (12 épithéliomes et 2 rétrécissements non cancéreux), avec une mort par péritonite. CART.

F. GUYON. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à à l'hôpital Necker. Tomes II et III (*Paris*, *1896-1897*).

La troisième édition des *Leçons cliniques* de Guyon dont un grand nombre ont déjà été analysées dans la *R. S. M.*, vient de se terminer par la publication des deux derniers volumes. Le tome II est en majeure partie consacré à l'étude de l'empoisonnement urineux sous ses deux formes : intoxication et infection urinaires. Et le symptôme prédominant de cette dernière, la fièvre urineuse, y tient une large place. Ses différents types cliniques, sa pathogénie, aujourd'hui franchement microbienne, sa thérapeutique, sont successivement exposés avec tous les détails que comporte un sujet d'une importance aussi capitale. — La seconde partie du volume étudie l'anatomie et la physiologie normale et pathologique de l'urètre et de la vessie.

Le tome III comprend l'histoire tout entière du cathétérisme et les méthodes ou moyens de préservation, d'examen et de traitement qui s'y rattachent. Il débute notamment par une leçon particulièrement importante sur l'antisepsie dans les différentes interventions pratiquées sur les voies urinaires. Puis vient le cathétérisme explorateur chez les sujets sains et malades, avec son corollaire obligé à l'heure actuelle, l'endoscopie urétrale et vésicale. C'est ensuite le cathétérisme thérapeutique sous toutes ses formes (évacuation, lavages urétro-vésicaux, instillations, dilatation, etc...). Enfin, l'ouvrage se termine par l'étude de l'anesthésie des voies urinaires à l'aide de la chloroformisation et de l'application locale des divers agents médicamenteux capables de les insensibiliser. R. JAMIN.

A. POUSSON. Affections chirurgicales des organes génito-urinaires (*1 vol. in-8°*, *Paris*, *1897*).

Pousson a réuni en un volume un certain nombre de ses travaux (mémoires, leçons, thèses) dont il avait déjà publié quelques-uns.

En ce qui concerne l'urètre, citons quelques cas rares d'urétrorragie et

Digitized by Google

de rétrécissements larges, une étude sur l'excision des nodules cicatriciels de l'urètre pénien (stricturectomie de Pousson) et sur le traitement opératoire de l'incontinence d'origine urétrale chez la femme, une note sur une opération d'hypospadias périnéo-scrotal en une seule séance, enfin quelques considérations sur la dérivation de l'urine par la cystostomie dans le traitement de certaines fistules urinaires chez l'homme.

Pour la prostate, deux observations de cancer de cette glande, et une discussion sur la valeur de la prostatectomie partielle dans l'hypertrophie sénile.

Parmi les affections de la vessie, Pousson étudie les ruptures dites spontanées, l'inversion et la hernie vésicales à travers l'urètre féminin, les progrès réalisés depuis ces dernières années dans le traitement de l'exstrophie, et la valeur de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes vésicaux. Puis, plusieurs chapitres sont consacrés aux calculs : taille ou lithotritie chez les enfants mâles, calculs enchâtonnés, considérations sur les divers progrès actuels réalisés dans la lithotritie, réflexions sur les cas personnels de l'auteur (59 lithotrities avec 3,39 0/0 de mortalité et 8 tailles avec 25 0/0 de mortalité), anesthésie de la vessie par l'antipyrine, etc....

La chirurgie du rein fournit à l'ouvrage plusieurs chapitres également ; par exemple : la tuberculose rénale primitive et l'intervention chirurgicale qu'elle légitime, l'hydronéphrose intermittente, un cas de calcul du rein ayant nécessité une incision de l'organe laquelle fut en même temps exploratrice et curative, enfin l'anurie calculeuse et son traitement chirurgical avec l'analyse de 8 cas d'uretérotomie.

L'ouvrage se termine par l'exposé des procédés qu'emploie le chirurgien bordelais dans l'amputation du pénis (principalement hémostase par ligature temporaire de la verge et fermeture des corps caverneux par la suture de leur coque fibreuse) et par une note sur la lymphangite gangréneuse du fourreau de la verge et une autre sur l'anesthésie de la vaginale par l'antipyrine dans la ponction de l'hydrocèle. R. JAMIN.

LOUMEAU. Chirurgie des voies urinaires : études cliniques (*1 vol. in-8°, Bordeaux 1897*).

Comme le précédent, l'ouvrage de Loumeau, autre chirurgien bordelais, est constitué par la réunion en un volume de nombreuses observations personnelles et de communications aux sociétés savantes déjà publiées par l'auteur.

Dans les cas de chirurgie urétrale, nous relevons : 2 cas de rétrécissements cicatriciels de l'urètre ; 2 ruptures urétrales opérées d'emblée, l'une par l'urétrotomie externe, l'autre par l'urétro-périnéorraphie ; 1 rétrécissement congénital avec calcul de l'urètre ; 1 kyste folliculaire de l'urètre balanique ayant déterminé des troubles nerveux graves ; plusieurs tumeurs urétrales et plusieurs fistules du canal traitées par la cystostomie préliminaire et l'urétroplastie ; 1 cas de syphilome urétral guéri par le traitement spécifique ; enfin, une étude très détaillée de l'hypospadias balanique.

La chirurgie vésicale comprend : 2 cas de volumineux calculs chez la

Digitized by Google

femme et chez l'enfant, et un autre de papillome de la vessie ; 1 tumeur de cet organe traitée par la taille sus-pubienne médio-latérale ; cystite douloureuse guérie par l'incision et le drainage hypogastriques ; cathétérisme rétrograde avec suture de la vessie ; complications de spasme et de retrécissement de l'urètre dans des opérations de lithotritie et de tumeur vésicale ; 1 cas de sonde cassée dans la vessie, et enfin un cas bizarre de cicatrice cruciale de la voûte vésicale.

En chirurgie prostatique, l'auteur rapporte deux castrations et 4 résections des canaux déférents, les deux premières avec succès réel, les autres sans résultat appréciable dans l'hypertrophie de la prostate.

Le rein, au point de vue chirurgical, n'est représenté que par un cas de cancer.

Enfin, l'auteur rapporte une observation rare d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* et une autre de troubles de la miction d'origine utérine : il décrit aussi certains appareils de son invention (canule et sondes urétrales, urinal hypogastrique). R. JAMIN.

TUFFIER, ROUTIER. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein (*Bull. Soc chir., XXIII, p. 51 et 139*).

D'après Tuffier, il existe une tuberculose rénale primitive unilatérale et susceptible de rester telle pendant longtemps. Cette notion étend le champ des interventions contre la tuberculose limitée au rein. Si donc cette tuberculose détermine des accidents qui ne cèdent pas au traitement médical on doit intervenir. L'hématurie, la douleur constituent deux symptômes qui prennent rarement une importance considérable dans cette affection, mais qui, lorsqu'ils deviennent prédominants, peuvent nécessiter une néphrectomie à laquelle on doit cependant préférer parfois la néphrotomie. Les accidents d'infection ou d'intoxication d'origine rénale constituent des indications bien plus fréquentes en matière d'intervention radicale (néphrectomie) ou palliative (néphrotomie) sur le rein.

T. rapporte quinze observations dans lesquelles il est intervenu. Les résultats éloignés sont très encourageants et doivent engager à pratiquer la néphrectomie quand les conditions qui permettent de l'entreprendre sont réunies.

Routier n'a pas eu à intervenir contre le symptôme douleur ; mais il a fait des néphrotomies ou des néphrectomies pour parer soit à l'hémorragie (une fois), soit à l'infection (trois néphrotomies suivies de néphrectomies, quatre néphrectomies d'emblée). Toutes ces interventions ont été suivies de succès. L'intervention chirurgicale est donc recommandable dans les cas de tuberculose rénale ; mais, si l'on doit se résoudre à la néphrotomie, il faudra pour obtenir la fermeture des fistules pratiquer la néphrectomie secondaire. J. VANVERTS.

Geo JOHNSTON. Splitting the kidney, etc. (Incision de la capsule du rein dans le cas de néphralgie) (*Med. news, p. 140, 30 janv. 1897*).

Johnston donne les observations de deux malades, chez lesquels, étant

Digitized by Google

intervenu pour un calcul supposé du rein, il avait pratiqué l'incision de la capsule du rein, et ainsi obtenu la disparition de douleurs très vives, et conclut ainsi :

La néphralgie n'est pas toujours associée à une lésion visible, et en l'absence d'autre affection du rein, on est autorisé à rattacher les phénomènes douloureux à la compression du rein par une capsule trop étroite. L'intervention, et, après exploration du rein, l'ouverture de la capsule est parfaitement légitime ; la disparition des douleurs est la conséquence ordinaire de l'intervention. P. MAUBRAC.

ALBÁRRAN. Sur la structure et le développement des adénomes et des épithéliomes du rein (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mars 1897*).

Les tumeurs épithéliales du rein sont divisées par Albarran en adénomes à structure canaliculaire, cavitaire et alvéolaire, et en épithéliomes carcinoïdes et alvéolaires à cellules claires. Il existe dans la capsule du rein ou au-dessous d'elle des canalicules embryonnaires aberrants pararénaux et des noyaux surrénaux aberrants. Aux dépens des premiers se développent les adénomes du type canaliculaire ; les seconds donnent naissance aux tumeurs alvéolaires à cellules claires. La plupart des tumeurs rénales naissent des épithéliums des canalicules.

La même cause irritative qui donne naissance à certains adénomes peut provoquer la sclérose rénale.

Il existe des adénomes du rein indépendants de la néphrite.

Les adénomes peuvent se transformer en épithéliomes. R. JAMIN.

LEJARS. Les lipomes du périnée (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril 1897*).

Lejars décrit une variété de lipomes se développant aux dépens du périnée, et il les distingue des lipomes de la fesse et de la région coccygienne, de la grande lèvre, de la région inguino-pubienne. Pronostic bénin, ablation facile. R. JAMIN.

DURET. Sur les calculs ramifiés du rein et les opérations qui leur conviennent (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril 1897*).

Lorsqu'il n'y a pas de suppuration du bassinet ou lorsque les lésions sont peu étendues, Duret fait une néphrolithotritie.

Si la pierre ramifiée est volumineuse et compliquée de pyonéphrose considérable et ancienne, l'opération se décompose ainsi : néphrotomie, évacuation de la poche, lithotritie *in situ*, néphrectomie du rein dégénéré et ablation de la poche. R. JAMIN.

E. SSALISTCHEW. Beitrag zur Lehre von den Blasenbruchen (Hernies vésicales) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, p. 135-171*).

Dans ce travail, l'auteur rapporte trois opérations de cystocèle, qu'il a faites au cours de cures radicales de hernies. Il remarque, qu'avant l'opé-

Digitized by Google

ration, le diagnostic de cystocèle, compliquant une hernie ordinaire, est à peu près impossible ; que, pendant l'opération, on peut reconnaître la cystocèle surtout au moyen de l'existence d'une lipocèle prévésicale que l'on trouve en dedans et en arrière du sac herniaire. Il ajoute que, si l'on tombait sur la vessie elle-même, on pourrait reconnaître quand même la cystocèle, au moyen du feutrage que forment les fibres musculaires lisses ; et qu'enfin, si l'on ne peut pas se rendre compte de la nature de l'organe que l'on a à étudier, on doit aussitôt inciser la paroi abdominale en haut et en dehors pour pouvoir l'analyser. MARCEL BAUDOUIN.

FISCHER. Libération latérale et inférieure du méat urinaire dans le traitement de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme (*Paris, 1896*).

L'opération préconisée par Fischer consiste en une incision verticale de 3 à 4 centimètres dans le vagin, suivie de la résection, de chaque côté de l'incision, d'une bande muqueuse d'un centimètre de large : suture séparée des deux lèvres de la plaie. R. JAMIN.

NOGUÈS et PASTEAU. De l'emploi du permanganate de potasse dans la thérapeutique des affections vésicales (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril 1897*).

Il résulte de plusieurs observations de Noguès et Pasteau que la valeur du permanganate de potasse comme antiseptique vésical est inférieure à celle du nitrate d'argent. L'emploi de ce dernier antiseptique est plus douloureux ; il exerce une action desquamante que l'on n'observe pas avec le permanganate. R. JAMIN.

ALBARRAN et MOSNY. Sérothérapie de l'infection urinaire (*Annales des mal. des org. gén.-urin., oct. 1896*).

Après avoir vacciné des animaux par des inoculations alternantes de filtrats et de cultures virulentes, Albarran a expérimenté le sérum de ces animaux chez l'homme.

Les inoculations sous-cutanées et les injections vésicales ont donné de bons résultats. R. JAMIN.

J. ESCAT. Des cystites rebelles chez la femme : étude clinique; indications thérapeutiques (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., fév. 1897*).

Taille hypogastrique avec drainage temporaire ou tamponnement de la vessie et cathétérisme isolateur de l'uretère précédés du curetage de la vessie. S'il y a des lésions rénales, cystostomie vaginale et drainage, puis traitement chirurgical des reins s'il y a lieu. R. JAMIN.

TUFFIER. Extirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse de cette cavité (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., fév. 1897*).

Une incision médiane de 12 centimètres et deux incisions transversales

Digitized by Google

donnent accès sur les parties profondes ; la vessie attirée avec des pinces est décollée avec le doigt, les pédicules formés par les uretères et les artères vésicales inférieures sont pris dans des clamps courbes, puis sectionnés. Les artères sont liées, les uretères cathétérisés, l'orifice de l'urètre est touché au fer rouge. L'abouchement des uretères dans le rectum est tenté sans succès ; tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée, puis drainage de la plaie hypogastrique avec des tubes-siphons. L'opéré a survécu sept mois. R. JAMIN.

CROFT. Spontaneous rupture of the female bladder (vessie) (*The Lancet, p. 453 13 fév. 1897*).

Une femme de 38 ans souffrait d'hémorrhoïdes depuis cinq ans. Le 5 décembre on extirpe ces hémorrhoïdes : les suites de l'opération sont des plus bénignes, lorsque le 14 décembre, la patiente se plaignit d'une vive douleur abdominale ressentie à l'occasion d'un effort dans son lit. La douleur persista, puis survint de la distension abdominale, tandis que l'urine émise diminuait de quantité. Sans qu'on ait noté d'élévation de température, la malade s'affaiblit progressivement et mourut le 17 décembre.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité d'urine dans la cavité péritonéale. Il n'y avait ni péritonite, ni adhérences, ni trace de tuberculose ou d'abcès dans le bassin ou l'abdomen. La vessie était vide. A sa partie supérieure et postérieure, sur la ligne médiane, du côté de sa face péritonéale, on trouve une ulcération de un demi pouce de diamètre, et dont les bords épaissis indiquent une existence ancienne. La base de l'ulcération est formée par la muqueuse de la vessie et à son centre est une petite perforation arrondie.

P. MAUBRAC.

VEAU. Des dilatations congénitales des conduits excréteurs du rein (*Gaz. des hôp., 27 mars 1897*).

L'uretère peut être absent, imperforé, rétréci, valvulaire; ses tuniques peuvent être malformées ; il peut être comprimé par un organe voisin, s'aboucher dans l'intestin, l'urètre, le vagin. Ces différentes anomalies, ainsi que celles de l'urètre, produisent la dilatation en amont de l'obstacle et peuvent être une cause de dystocie par hydronéphrose ou être incompatibles avec la vie. R. JAMIN.

GUIARD. Des urétrites non gonococciques (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., mai 1897*).

D'après Guiard, il existe deux variétés d'urétrites non gonococciques : les unes, de cause interne, diathésiques; les autres, de cause externe. Chaque variété peut être, ou microbienne, ou aseptique.

Les urétrites diathésiques sont peu prouvées et sont justiciables d'un traitement approprié à la diathèse.

Les urétrites de cause externe sont fréquentes; elles sont dues au coït, à la masturbation ; microbiennes ou aseptiques, elles peuvent se transmettre. Traitement antiseptique dans le premier cas, astringent ou tonique dans le second. R. JAMIN.

Digitized by Google

René LE FORT. Anomalies fistuleuses congénitales du pénis (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., déc. 1896*).

Le siège exclusif des anomalies fistuleuses de la verge est la ligne médiane. Les unes tiennent à des anomalies de développement de la lame urétrale ; d'autres à des abouchements anormaux de canaux excréteurs (rectum, canaux éjaculateurs) ; d'autres à la rupture intra-utérine du canal de l'urètre. R. JAMIN.

ODOUL. Contribution à l'étude du traitement par l'exérèse des fistules urétro-périnéales (*Thèse de Paris, 1896*).

L'exérèse est le traitement de choix dans les cas anciens de fistules urétrales compliquées d'indurations périnéales étendues ; on peut lui associer l'urétrotomie interne ou externe ou la résection de l'urètre. La paroi inférieure de l'urètre, comprimée par la sonde à demeure, risque parfois de se sphacéler. R. JAMIN.

J.-A. FORT. Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse linéaire (*Revue chir., 15 mars 1897*).

L'opération se fait de la manière suivante : instillation de 4 grammes d'une solution de cocaïne au 30e, lavage de l'urètre ; la lame de l'électrolyseur est placée contre le rétrécissement et l'autre pôle sur la cuisse ; on fait passer un courant de 10 milliampères durant 20 à 30 secondes en poussant doucement l'instrument que l'on retire ensuite suivant le même trajet. Introduction d'une bougie le surlendemain, puis tous les huit jours pendant un mois. R. JAMIN.

BAZY. Des rétrécissements tardifs de la portion membraneuse de l'urètre (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 64*).

A côté des cas, de beaucoup les plus fréquents, où le rétrécissement de l'urètre se développe peu de temps après un traumatisme, il existe des cas où l'évolution du rétrécissement est extrêmement lente. Legueu a publié une observation où le rétrécissement se manifesta 15 ans après une fracture du bassin (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, avril 1895). Bazy en rapporte un nouveau cas où c'est seulement 35 à 40 ans après une fracture du bassin que les symptômes de rétrécissement apparurent. J. VANVERTS.

P. BAZY. Urétro-cystoplastie (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 155*).

B. rapporte une observation de cloaque vésico-vaginal avec disparition de l'urètre, consécutif à l'accouchement. Il put reformer une cavité vésicale. On ne pouvait songer à refaire un urètre, dont l'utilité eût été nulle puisqu'il aurait été dépourvu de sphincter. B. créa donc sur la face antérieure du pubis un canal dont on put mécaniquement appliquer les

Digitized by Google

parois centre la symphyse de façon à en occlure la lumière. Le résultat fut excellent.

Cette opération est préférable au colpokleisis qui constitue une infirmité et bien souvent est suivi de phénomènes d'infection parfois mortels, dus à la rétention et à l'infection de l'urine dans le cul-de-sac vaginal.

J. VANVERTS.

PASTEAU. Les différentes formes du méat urinaire chez l'homme (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., avril 1897*).

Sur 500 observations, Pasteau a constaté que la forme du méat était très variable ; que dans un tiers des cas le point le plus étroit du canal était situé à 4 ou 5 millimètres du méat. Sur la plupart des sujets adultes, le méat n'admet qu'un explorateur n° 22. Dans les cas de méat à plusieurs orifices, c'est toujours l'orifice le plus inférieur qui correspond à l'ouverture de l'urètre.

R. JAMIN.

CHAVANNAZ et MICHEL. Hypertrophie de la prostate : résection des canaux déférents; péritonite généralisée; mort (*Journ. méd. Bordeaux, 14 mars 1897*).

Homme de 67 ans, portant une volumineuse prostate avec accidents de la troisième période. Résection des canaux déférents dans une étendue de 6 centimètres. Réunion par première intention. Aucune modification heureuse des troubles de la miction. Cinq jours après l'opération, début d'accidents infectieux et mort sept jours plus tard.

A l'autopsie, on trouve un abcès de la vessie avec péricystite suppurée, pyélonéphrite et péritonite généralisée.

OZENNE.

DE BRÉZIGUÉ. Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection des canaux déférents (*Écho méd. de Lyon, avril 1897*).

Sur 32 opérés, 16, qui étaient obligés de se sonder, ont pu uriner sans sonde, 10 ont vu s'éclaircir leurs urines purulentes ; chez tous la prostate a diminué. L'opération a toujours été inoffensive dans ces cas et semble indiquée surtout dans les cas récents.

R. JAMIN.

B. MOTZ. Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate (*Thèse de Paris, 1897*).

Sur 30 prostates hypertrophiées, examinées par Motz, 19 avaient le tissu glandulaire très abondant ; 11 avaient très peu de ce tissu ; une n'en montrait plus. Le tissu glandulaire était disposé sous forme de corps sphéroïdes et disséminé en proportions égales. Dans ces cas, l'épithélium cylindrique prolifère en plusieurs couches polygonales ; les culs-de-sacs contiennent un exsudat amorphe, des débris cellulaires et des concrétions. Le tissu musculaire est abondant ; le tissu conjonctif est jeune et riche en noyaux. Dans 9 cas sur 16, les vaisseaux étaient nombreux et atteints d'endo- et de péri-artérite.

Le massage et l'électricité ne semblent pas diminuer le volume de la prostate hypertrophiée ; la sonde à demeure agit mieux sur la congestion.

Digitized by Google

Ces moyens peuvent faciliter la résorption des exsudats.

Les opérations sur l'appareil testiculaire paraissent plus efficaces lorsque le tissu glandulaire est abondant. R. JAMIN.

M.-W.-Af SCHULTEN. Eine Methode für Knochenhöhlen im Femur..... (Méthode pour combler les excavations dans le fémur et l'humérus par ostéoplastie) (*Archiv f. klin. Chir.*, *LIV*, 2, *p. 328-363*).

A la suite d'ostéomyélite de ces os, surtout avec vastes excavations, la régénération osseuse semble avoir pour point de départ le périoste. L'auteur utilise les lambeaux de muscles du fémur, lambeaux qui restent en connexion avec le périoste, et il façonne un lambeau de périoste musculaire, suivant la forme et la grandeur de l'excavation; il enchâsse ce lambeau dans l'excavation, largement ouverte et nettoyée, qu'il ferme ensuite complètement. Quelquefois, lorsque l'excavation est trop grande, deux lambeaux de périoste sont nécessaires. On prend le lambeau aux dépens d'un des bords de l'excavation ; on le fixe par quelques points de catgut. On laisse ou non des drains suivant les cas. La guérison survient 1 ou 2 mois après l'ostéoplastie. Celle-ci se fait au plus tôt 3 ou 4 semaines après la séquestrotomie et l'évacuation. L'auteur rapporte 22 cas d'opération de ce genre (séquestrotomie ou trépanation suivies d'ostéoplastie) ; la guérison est survenue 1 mois à 4 mois 1/2 après.

MARCEL BAUDOUIN.

O. RAPIN. Un nouveau procédé d'hémostase osseuse (*Revue méd. Suisse romande*, *XVI*, *p. 303*).

Dans le cours d'une opération de Kraske, craignant l'hémorragie osseuse, Rapin cloua simplement les vaisseaux en se servant de petits clous pour cordonniers ; six clous ont suffi pour arrêter tout le sang provenant du sacrum sectionné. Ils sont restés en place tout le temps de l'opération et lorsque R. les a enlevés avant de faire les sutures, aucun écoulement sanguin ne s'est produit. J. P.

L. PINCUS. Die sogenannte Myositis progressiva ossificans multiplex ; eine Folge von Geburtläsion (d'origine puerpérale) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLIV*, *1 et 2*, *p. 179-240*, *1896*).

Pincus, qui a réuni 30 observations de myosite progressive ossifiante multiple, dont une personnelle, a remarqué ce qui suit : 1° le début de la maladie a lieu durant l'enfance (9 fois avant l'âge d'un an, 4 fois avant 2 ans, 7 fois entre 2 et 4 ans) ; 2° il y a coexistence très fréquente de malformations congénitales du système osseux, principalement de la microdactylie (16 fois sur 30). D'après l'auteur, ces deux remarques, jointes au caractère néoplasique des ostéomes, feraient penser que la myosite progressive ossifiante est une affection congénitale, dont les causes étiologiques, les plus généralement incriminées, le traumatisme au premier chef, ne seraient que des causes occasionnelles. L'anomalie constitutionnelle consisterait précisément dans la vulnérabilité spéciale du périoste caractérisée par son pouvoir ostéogène mis en jeu sous l'influence d'une cause quelconque, le traumatisme, par exemple, et qui se manifesterait

Digitized by Google

par une surproduction du tissu osseux, production envahissant les muscles. Dans les cas de myosite ossifiante des nouveau-nés, l'auteur impliquerait, comme étiologie, le traumatisme que subit l'enfant au moment de la naissance, pendant son passage à travers le petit bassin.

MARCEL BAUDOUIN.

D.-M. MARTENS. Zur Kenntniss der bösartigen Oberkiefergeschwülste und ihrer operativen Behandlung (Sur les tumeurs malignes du maxillaire supérieur et leur traitement opératoire) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *XLIV*, *5 et 6*, *p. 483-571*).

Après avoir donné la statistique d'un assez grand nombre d'auteurs, Martens rapporte 86 cas de ces affections opérées dans la clinique de Göttingen de 1875 à 1896, comprenant : 74 résections totales de l'un des maxillaires supérieurs et 12 extirpations partielles. Il s'agissait 57 fois de carcinomes, 27 fois de sarcomes, 1 fois de myxome et 1 fois d'ostéome. Il donne l'histoire de la maladie pour chacun de ces cas et un tableau qui les résume. Mais, ce qui est important dans ces observations, c'est qu'il fournit les résultats éloignés précis de ces divers cas. Il décrit en détail l'histologie de chaque tumeur, son point de départ, l'étiologie, les symptômes et insiste sur le diagnostic en général (narcose), les procédés opératoires et le traitement post-opératoire.

De son travail, l'auteur tire plusieurs conclusions. Les carcinomes sont beaucoup plus fréquents que les sarcomes et ils ont une grande tendance à récidiver sur place. La résection totale du maxillaire supérieur est toujours à recommander. Anesthésie à la morphine chloroformée dans la station assise. Ne jamais faire la ligature de l'artère carotide primitive ; celle de la carotide externe est admissible dans des cas exceptionnels. La meilleure incision est celle de Dieffenbach modifiée. La mortalité des résections totales à la Clinique de Göttingen a été de 31 0/0, celle des résections partielles de 8,3 0/0. Une guérison durable peut être obtenue même dans les cas de tumeurs malignes. 38 0/0 de sarcomes sont restés guéris depuis plus de trois ans.

MARCEL BAUDOUIN.

LEBLANC. Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur, après avoir énuméré les différents appareils employés dans ces fractures, expose en détail un procédé qu'il a appliqué deux fois. Celui-ci consiste à lier les fragments inférieurs aux dents supérieures. L'auteur emploie des fils d'argent.

L. réfute ensuite les objections que l'on pourrait faire à sa méthode : 1° les malades se nourrissent très facilement avec des liquides ; 2° ils parlent ; 3° les dents ne sont pas ébranlées ; 4° il n'y a pas d'infections locales ; 5° les fils métalliques ne sont pas douloureux.

Il expose les avantages de son procédé : 1° la simplicité ; 2° la parfaite adaptation des fragments ; 3° facilité d'antisepsie buccale ; 4° aucune atteinte portée aux segments ; 5° rien d'apparent ; 6° les autres procédés peuvent être insuffisants et la ligature des dents réussit là où tout a échoué. Ce procédé n'est applicable qu'en présence de dents solides.

VICTOR VEAU.

Digitized by Google

OPHTALMOLOGIE.

DOR. La sensibilité de l'œil aux rayons X (*Rev. gén. d'opht., fév. 1897*).

Brandt avait prétendu que l'œil privé de son cristallin pouvait voir les rayons X ; les expériences de Dor et Destot montrent qu'il n'en est absolument rien, et que les malades ne distinguent pas plus de l'œil opaque que de l'œil sain. L'auteur cite encore des expériences provenant de sources diverses dans lesquelles des aveugles d'ancienne date auraient perçu vaguement des objets placés devant les rayons X ; mais ces assertions sont encore trop peu précises pour qu'on puisse y ajouter foi et, surtout, entrevoir le résultat pratique qui pourra un jour en découler. ROHMER.

PANAS. Du traitement chirurgical de la myopie (*Bull. Acad. de méd., 29 déc. 1896*).

L'extraction du cristallin est justifiée dans les myopies fortes, de 16 D et au-dessus pourvu que l'acuité visuelle soit suffisante. L'opération est d'autant plus indiquée que le sujet est plus jeune.

Les lésions choroïdiennes atrophiques ne constituent une contre-indication formelle que si elles intéressent la macula ou s'accompagnent de décollement de la rétine. LEFLAIVE.

LEBER. Bemerkungen über die Sehschärfe..... (Considérations sur l'acuité visuelle dans la myopie élevée avant et après l'aphakie opératoire) (*Graefe's Archiv, XLIII, 1*).

En pareil cas, il est nécessaire de distinguer le pouvoir de distinction, de l'acuité visuelle proprement dite. L'acuité visuelle est le pouvoir de l'œil de distinguer des dimensions de surface, tandis que le pouvoir de distinction est la faculté de l'œil de percevoir séparément deux images rétiniennes. Dans la plupart des cas on a constaté une amélioration de l'acuité visuelle, mesurée à distance avec des verres correcteurs, sans tenir compte de la distance du verre à la cornée, d'où agrandissement de l'image. Quand l'amélioration se produit progressivement après l'opération, Fakala l'explique par l'exercice, Leber par les modifications des milieux intra-oculaires et de l'astigmatisme. Quant à la simplification de l'appareil optique, elle n'a pas de valeur, puisque, dans les cas de cataracte traumatique, l'acuité visuelle ne devient jamais supérieure à sa normale. ROHMER.

FUKALA. Zur Verbesserung der Sehschärfe nach Myopieoperationen (Sur l'amélioration de l'acuité visuelle après l'opération de la myopie) (*Graefe's Archiv, XLIII, 1*).

Dans les nombreux cas qu'on a eu occasion d'observer, on a toujours

Digitized by Google

trouvé une amélioration considérable de l'acuité visuelle, après l'enlèvement du cristallin chez les myopes. Schweigger et Sattler ont attribué cela à une erreur dans la détermination de l'acuité visuelle primitive, ce qui est impossible, étant donné le grand nombre d'observateurs. Après l'ablation du cristallin, l'image rétinienne augmente ainsi que l'acuité visuelle à mesure que l'éclairage lui-même devient plus fort. L'œil devient un appareil optique des plus simples dont la seule surface réfringente est la cornée. A ces causes d'amélioration de la vision, il faut ajouter et surtout le développement de la perception rétinienne, qui se perfectionne quelques semaines et même quelques mois après l'opération, grâce à l'exercice. ROHMER.

DE WECKER et MASSELON. La strabométrie et l'urgence de son emploi (*Annales d'oculist.*, *CXVI*, *nov. 1896*).

De Wecker réclame la précision surtout chez ces strabiques, au nombre de 80 0/0, qui ne peuvent être guéris que de leur difformité et non de leur défectuosité visuelle. Malheureusement, les nouvelles méthodes de mensuration sont restées lettre-morte pour beaucoup de médecins ; aussi les auteurs recommandent-ils leur strabomètre qui permet de mesurer l'angle α ; on peut ainsi reconnaître un strabisme faible d'un strabisme apparent avec angle α excessif, reconnaître si la correction est obtenue, et atteindre un dosage opératoire suffisamment précis. Masselon critique le procédé de Javal pour la mensuration du strabisme avec le périmètre, et décrit son arc kératoscopique, auquel il reconnaît la rapidité, la précision, etc. ROHMER.

FUCHS. Sur l'érythropsie (*Graefe's Arch.*, *XLII*, *4*).

L'érythropsie, chez les opérés de cataracte, est causée par l'éblouissement de la rétine ; comme ce n'est pas toujours la lumière du jour qui la provoque, il faut en rechercher la cause dans une quantité de lumière exagérée, éclipse de soleil, neige, aphakie, colobome irien. Chez certains opérés de cataracte avec iridectomie, l'érythropsie se produit chaque fois qu'ils passent d'un lieu éclairé dans une chambre obscure. On l'a observé encore avec un trouble des milieux (corps vitré ou cristallin), ou à la suite de congestion après le repas, colère, danse, rire, etc., au cours d'une grossesse; elle se produit surtout quand on passe d'un endroit éclairé dans un lieu sombre, ou à la lumière, ou encore le matin au réveil. Les objets sont vus à travers un voile rouge ; la coloration rouge pourpre disparait par suite du clignement des yeux ou l'interposition d'un orifice sténopéique. Fuchs s'est transporté avec ses élèves à 1,500 mètres d'altitude, dans la neige, en plein soleil, et a pu provoquer ainsi l'érythropsie, surtout en dilatant la pupille ; au périmètre, on constate que l'érythropsie fait défaut dans une aire centrale de 3° à 5°, et qu'à la périphérie elle a l'étendue du champ visuel normal. La couleur complémentaire du rouge de l'érythropsie est le vert de la ligne F du spectre. Sur l'œil aphaque ou iridectomisé, le phénomène est en tous points identique. L'érythropsie,

Digitized by Google

pour Fuchs, serait une image consécutive particulière que l'on doit différencier en lui donnant le nom d'image d'éblouissements (Blendungsbild).

ROHMER.

OSTMANN. Ueber die Beziehungen zwischen Auge und Ohr (Relations entre l'œil et l'oreille (*Graefe's Arch., XLIII, 1*).

Les troubles oculaires consécutifs aux lésions de l'oreille peuvent être produits par action réflexe ou indirectement par propagation de l'inflammation au cerveau, aux méninges ou aux vaisseaux (trijumeau). L'auteur cite deux cas de névralgies orbitaires profondes à la suite d'inflammation des cellules mastoïdiennes ; il n'a pas trouvé l'affaiblissement de la vision signalé par Urbantschitsch dans les lésions de l'oreille. Les muscles oculaires peuvent être atteints à la suite d'une lésion de l'oreille (nystagmus bilatéral). Il n'existe pas de preuves sérieuses de l'existence de modifications pupillaires liées à une affection de l'oreille. La cause des auditions colorées n'est pas connue ; elles seraient le résultat d'une excitation anormale qui ne se limite pas à un centre sensoriel, mais se propage au centre voisin. En somme, les troubles oculaires peuvent se traduire par de l'hyperémie papillaire, de la névrite optique ou stase papillaire, par des troubles paralytiques de l'appareil moteur oculaire, par des troubles circulatoires dans le domaine de la scène ophtalmique, ou enfin, par la suppuration du tissu cellulaire de l'orbite avec panophtalmie consécutive ; la constatation de ces troubles doit faire immédiatement intervenir chirurgicalement du côté de l'oreille. ROHMER.

LITTEN et H. KÖBNER. Tumeurs leucémiques conglomérées des paupières (*Berlin. klin. Woch., p. 1143, 21 déc. 1896*).

Homme atteint de leucémie de la forme spléno-ganglionnaire avec double pleurésie hémorragique et rétinite gauche caractéristique. Ses paupières, les supérieures surtout, sont énormément tuméfiées et saillantes, comme hydropiques. Entre la peau, qui a conservé sa mobilité, et le tissu sous-cutané, on sent une série de tumeurs assez molles, variant du volume d'une lentille à celui d'un pois, séparées par de minces cloisons. Du côté gauche, les tumeurs sont trois fois plus volumineuses qu'à droite.

Ce qui rend ce fait encore plus intéressant, c'est le siège exclusivement palpébral de cette leucémie cutanée. J. B.

MERMET. L'érisypèle palpébral (*Gaz. des hôp., n° 24, 27 fév. 1897*).

La lésion peut être primitive ou secondaire, venant du nez, du sac lacrymal (streptocoques) ; comme formes cliniques, on connait l'érysipèle palpébral simple, phlycténoïde, phlegmoneux, gangréneux ; les troubles consécutifs peuvent être : l'ectropion, l'entropion, l'éléphantiasis ; cette dernière forme, fréquente dans les pays chauds et le jeune âge, est sujette à des récidives fréquentes, soit qu'il se fasse des réinfections locales par le streptocoque, soit qu'il s'agisse de microbisme latent. Comme traitement de l'érysipèle chronique qu'on pourrait confondre avec un lipome, il faut citer l'électrolyse, ou mieux l'électropuncture ; si les tumeurs sont trop gênantes, il faut les extirper ; on n'oubliera pas le traitement géné-

Digitized by Google

ral, tonique et antiscrofuleux, ainsi que la guérison des lésions naso-pharyngées. ROHMER.

TRUC et VILLARD. La tarso-marginoplastie (*Ann. d'oculist., nov. 1896*).

Dans un premier temps, la paupière étant retournée, on incise la marge ciliaire en arrière des cils, de telle sorte qu'on ne laisse aucun bulbe pileux dans la lèvre postérieure ou tarso-conjonctivale du dédoublement ; à 3 ou 4 millim. du bord palpébral, on délimite un lambeau cutané en forme de lanière, d'autant plus large que la marge ciliaire qu'il servira à reconstituer est plus atrophiée et plus réduite ; ce lambeau reste adhérent par une extrémité pédiculée, tandis que son corps est porté dans le dédoublement ciliaire qu'il comble en totalité, et on l'y suture.

ROHMER.

WALSER. Vorlaüfige Mittheilung über Versuche experimenteller Erzeugung von Lidemphysem am cadaver (Communication préliminaire sur la production expérimentale de l'emphysème palpébral sur le cadavre) (*Graefe's Arch., XLIII, 1*).

Fuchs pense que l'emphysème palpébral consécutif au traumatisme sans fracture apparente des bords orbitaires est dû à une fracture indirecte de la lame papyracée de l'ethmoïde; les expériences de l'auteur ont prouvé l'exactitude de l'hypothèse. Après avoir injecté de l'eau dans le vitré pour rendre à l'œil sa tonicité, il frappait sur le globe avec un marteau; puis bouchant les orifices postérieurs des fosses nasales, il injectait par la narine correspondante soit de l'air, soit une solution colorante; il réussit ainsi à produire l'emphysème palpébral; le périoste de la lame papyracée présentait de nombreuses ruptures, et des fractures multiples, tandis que l'os lacrymal était toujours intact. ROHMER.

Mlle BONSIGNORIO. Essai sur le traitement conservateur des blessures graves de l'œil (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans les blessures graves de l'œil, même avec corps étranger, la conservation de l'organe doit toujours être tentée, et de nombreux exemples prouvent qu'il est possible de conserver à l'œil une certaine acuité visuelle, ou au moins sa forme et son volume. L'argument en faveur de l'énucléation tombe depuis qu'on a les moyens de prévenir l'ophtalmie sympathique et de la combattre au besoin; l'énucléation d'ailleurs est loin d'en empêcher toujours l'évolution et d'en arrêter la marche ; l'exentération, en tout cas, lui serait préférable. Le traitement ne sera institué qu'après une exacte connaissance de la lésion. S'il y a un corps étranger, il sera extrait aussitôt; s'il n'y en a pas, la plaie sera fermée, si c'est possible ; l'asepsie vaut encore mieux que l'antisepsie. Il faut ensuite examiner l'âge, la constitution et les antécédents du malade, et tenir compte, au besoin, du pouvoir régénérateur inhérent aux tissus de l'œil, ainsi que des moyens de défense de l'organisme contre les microbes. Le traitement, basé sur une antisepsie rigoureuse, répondra à chaque indication spéciale. ROHMER.

Digitized by Google

LEFRANÇOIS. Pronostic et traitement des plaies perforantes de l'œil (*Thèse de Paris, 1897*).

Les plaies perforantes de l'œil, peu étendues, sans complications, ont un pronostic qui n'est pas très grave, l'acuité reste le plus souvent supérieure à 1/4. Les complications immédiates qui laissent en général un certain degré de vision (1/3 à 1/10) sont moins graves que les complications tardives qui amènent presque toujours la perte complète de la vision. Lorsque le pansement occlusif sera jugé insuffisant, l'auteur conseille d'employer la suture scléroticale pour les plaies de la sclérotique et le recouvrement conjonctival total pour les plaies de la cornée. Dans les plaies scléro-cornéennes, il propose d'employer une suture unique au catgut fin placé au niveau du limbe. On traitera les hernies de l'iris non adhérentes par l'excision et les hernies adhérentes par la cautérisation au galvano-cautère. A la suite d'une cataracte traumatique, s'il ne se produit pas de phénomènes glaucomateux, on attendra pour opérer que la cataracte soit complète ; dans le cas de phénomènes glaucomateux, l'opération se fera en deux temps : extraction des masses cristalliniennes le plus tôt possible, nettoyage secondaire de la pupille.

ROHMER.

MERMET. Étude expérimentale sur l'absorption et la diffusion cornéennes (*Thèse de Paris, 1897*).

Les physiologistes et les cliniciens n'ont décrit jusqu'ici que l'osmose cornéenne (exosmose et endosmose). Il y a pourtant plus que cela dans la cornée ; cette membrane est le siège à la fois de phénomènes d'absorption (résorption générale) et de diffusion (pénétration oculaire). Les premiers coexistent avec la vie de l'individu (acte physiologique), les seconds prédominent après la mort (acte physique). Les uns et les autres varient d'intensité suivant l'état de la cornée, le temps et l'étendue d'application du médicament, son titrage, sa composition, sa température, etc. La tension oculaire et le système nerveux jouent un grand rôle dans l'exercice de ces phénomènes, pouvant faire varier dans des limites énormes le coefficient de diffusion de la cornée. L'endothélium mésodermique de Descemet et l'épithélium ectodermique constituent une double barrière à l'exosmose oculaire cornéenne et l'excrétion des liquides du globe ne peut se faire que latéralement au niveau de l'angle scléral. L'endosmose est plus facilement arrêtée par l'épithélium antérieur doué d'un grand pouvoir absorbant. Il existe trois phases dans ces phénomènes cornéens : imbibition, absorption, diffusion. ROHMER.

I. — VALUDE. La kératite interstitielle dans la syphilis acquise (*Méd. moderne, p. 49, 23 janv. 1897*).

II. — TROUSSEAU. Même sujet. (*Presse méd., 15 mai 1897*).

I. — Homme de 30 ans, ayant eu, il y a 5 ans, un chancre de l'angle interne

Digitized by Google

de l'œil ; kératite interstitielle localisée à l'œil gauche, s'améliorant à la suite d'injections de cyanure de mercure.

La kératite interstitielle survenant dans la syphilis acquise diffère par quelques caractères de celle qu'on observe dans l'hérédo-syphilis : elle est fréquemment unilatérale, l'opacification de la cornée se fait par îlots à bords diffus, d'abord distincts, qui s'étendent et finissent par se fusionner ; il y a moins de tendance à la vascularisation et par suite moins de phénomènes réactionnels; le traitement spécifique est plus rapidement efficace.

II. — T. en a observé 11 cas, 8 femmes, 3 hommes. Presque toujours la kératite est unilatérale ; elle survient de la fin de la première année de l'injection à la troisième. La guérison s'en obtient assez facilement avec le traitement spécique. T. ne croit pas cette affection aussi rare qu'on l'a cru dans la syphilis acquise. GEORGES THIBIERGE.

SAUVINEAU. Kératite à répétition par dacryoadénite infectieuse (*Soc. franç. d'opht.*, *1896*).

Chez une enfant de sept ans, la kératite, dont on ne trouvait la cause ni dans l'état local habituel, ni dans l'état général, dut être attribuée à une dacryoadénite ; la paupière supérieure retournée, on trouvait une glande du volume d'une grosse framboise, de consistance mollasse. La sécrétion recueillie au niveau des canaux excréteurs, donna, sur gélatine, une culture de staphylocoque pur. A l'exclusion de tous les traitements, seules, les injections de sublimé (une goutte) dans la glande, au nombre de huit, arrivèrent à guérir très rapidement la lésion cornéenne. La glande elle-même se ratatina, gardant un aspect blanchâtre et cicatriciel. Trois mois après, récidive ; nouveau traitement de la glande, guérison, cette fois définitive. Cette cause devra donc être recherchée, quand ailleurs on ne trouvera rien, dans des circonstances semblables. ROHMER.

LOHNSTEIN. Zur Gläserbehandlung des unregelmässigen Hornhaut-Astigmatismus (Le traitement par les verres de l'astigmatisme cornéen irrégulier) (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, *déc. 1896*).

L'auteur atteint lui-même de kératocone, fut traité d'abord par la cautérisation qui ne donna aucun résultat ; il fit construire pour son usage un petit appareil, qu'il appelle hydrodiascope, composé d'une petite boite dont l'une des parois manque et peut s'appliquer contre l'œil en emboîtant les paupières ; la paroi opposée est remplacée par un verre concave de 5 D ; la boîte est remplie d'une solution physiologique de chlorure de sodium à une température de 20° environ ; l'appareil est maintenu en place à l'aide de deux rubans qui s'attachent de chaque côté et sont noués autour de la tête. L'auteur pouvait supporter son appareil pendant 7 heures par jour, sans que la cornée ou la conjonctive en fussent le moins du monde altérées ; il pouvait lire, de même faire des examens ophtalmoscopiques, son défaut de vision étant corrigé ; il le propose même comme appareil de diagnostic, afin de déterminer l'acuité visuelle chez les malades atteints d'astigmatisme cornéen irrégulier. ROHMER.

Digitized by Google

BESTÈS. Épithéliome du limbe scléro-cornéen; ptérygion (*Ann. d'oculist., mars 1897*).

Il s'agit d'un épithéliome développé au niveau de la tête d'un ptérygion, et qui fut facilement enlevé avec ce dernier; la cornée n'avait pas été envahie. D'après Fuchs, le limbe cornéen présente une certaine analogie avec d'autres parties du corps, dans lesquelles une variété d'épithélium se transforme en une autre, comme c'est le cas pour le bord des paupières, les lèvres, etc. Pour le développement de ces cancroïdes, un rôle important est joué, d'après l'auteur, par l'irritation prolongée de l'épithéliome du limbe, provoquée par des catarrhes chroniques, ou par des ulcères siégeant près de celui-ci. Comme sur la peau, on observe au limbe scléro-cornéen, une forme plate d'épithéliome qui s'accroît lentement, n'attaque que la couche superficielle du derme et représente la forme la plus bénigne de la néoplasie épithéliale. D'autre part, on observe des cancroïdes dermiques qui s'infiltrent dans les parties profondes en détruisant les tissus. ROHMER.

DIANOUX. A propos d'un cas de dacryoadénite aiguë (*Ann. d'oculist., mars 1897*).

A la suite d'un cas terminé par résolution, l'auteur établit un rapprochement entre cette affection et les oreillons; dans l'une comme dans l'autre affection, il semble bien nettement exister une réaction inflammatoire des glandes, due à l'apport et à l'élimination d'un principe infectieux, microbe ou plus probablement toxine charrié par les artères et venant du sang; car une irritation venue de dehors en dedans est absolument inadmissible. Pour mystérieux que soit cet agent infectieux, il n'en est pas moins bien vraisemblable, et à ce titre, la dacryoadénite aiguë semble rentrer dans la classe des adénites infectieuses où se rangent les néphrites, les parotidites, les urticaires et certains eczémas. ROHMER.

SAUZEAU DE PUYBERNEAU. De l'extirpation des glandes lacrymales (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

Voici les conclusions de l'auteur :

La glande lacrymale est un organe dont l'utilité n'est pas absolue. Son extirpation peut être faite sans porter atteinte à la lubréfaction de l'œil ; celui-ci perd seulement la faculté de pleurer.

L'ablation peut porter sur la partie orbitaire ou sur la partie palpébrale de la glande, les deux quelquefois. C'est par la section de la commissure externe qu'il est préférable d'opérer dans la plupart des cas, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre.

L'ablation orbitaire est une opération rationnelle, efficace et utile, mais la plus grande bénignité de l'ablation palpébrale doit la faire préférer, car elle réunit les mêmes avantages.

On la pratiquera, non seulement dans les cas de tumeur glandulaire, de dacryocystite, mais encore dans toutes les affections oculaires qui se compliquent de larmoiement incoercible. A. VENOT.

Digitized by Google

SCHIMMELPFENNIG. Ueber einen Fall von infantiler Conjonctivalxerose mit Keratomalacie (Sur un cas de xérosis conjonctival infantile avec kératomalacie) (*Graefe's Arch.*, *XLIII*, *1*).

La question de la xérose conjonctivale, qu'il s'agisse de la forme infantile avec kératomalacie, ou de la forme qu'on observe chez l'adulte avec héméralopie, a été soumise à des recherches contradictoires. L'auteur a pu observer un enfant de 18 mois, qui, consécutivement à des troubles intestinaux, vomissements et diarrhée, eut une ulcération centrale de la cornée avec troubles diffus dans l'œil droit, puis du xérosis conjonctival bilatéral; l'enfant étant mort, l'auteur a pu examiner l'œil. Au fond de l'ulcère, on a trouvé nombre de microorganismes mais dont la détermination n'a pas été faite par la culture. Comme il y avait aussi des cocci dans des points de la cornée où il y avait aussi une nécrose épithéliale, l'auteur conclut à une infection ectogène, parce qu'il n'y avait pas de cocci dans les vaisseaux oculaires. ROHMER.

SCHLODEMANN. Ueber sulzige Infiltration der Conjunctiva und Sklera (Sur l'infiltration gélatineuse de la conjonctive et de la sclérotique) (*Graefe's Archiv*, *XLIII*, *1*).

L'auteur en a observé trois cas dans le service de Fuchs, cas analogues à de la sclérite et de l'épisclérite, survenus chez des vieillards; ce qui caractérise l'affection, c'est un aspect gélatineux, succulent, du bord cornéen infiltré; cette infiltration envahit de plus en plus la cornée qui finit par être réduite à sa partie centrale; la maladie ne peut guérir que dans son premier stade; sinon, il se produit de l'irido-cyclite, et la vision se perd progressivement. Dans un cas qui a pu être examiné, l'auteur a trouvé une infiltration de leucocytes entre les lames et les interstices de la cornée, qui sont dilatés; d'où, l'aspect gélatiniforme; en même temps il se forme des foyers de nécrose autour du limbe cornéen. En certains endroits, les fibres de la sclérotique sont interrompues. Enfin, on trouve beaucoup de cellules géantes dans la zone d'infiltration. Les lésions intra-oculaires se réduisent à une irido-choroïdite avec séclusion pupillaire et glaucome secondaire. Il s'agit vraisemblablement d'une inflammation microbienne, mais dont la nature vraie reste encore inconnue. ROHMER.

J. DOMINIQUE. De la conjonctivite infectieuse d'origine animale (*Thèse de Paris, 1897*).

La conjonctivite infectieuse d'origine animale, décrite par Parinaud, a des caractères cliniques très tranchés. Ce sont, d'une part, des granulations de la conjonctive ordinairement volumineuses, distinctes par leur aspect comme par leur évolution de celles des trachomes; d'autre part, une adénite subaiguë, avec empâtement du tissu cellulaire intéressant le ganglion préauriculaire et ceux du cou. Cette adénite, tantôt suppure, tantôt se termine par résolution. A moins d'infection secondaire, il n'y a pas de complications cornéennes. Le pronostic est relativement bénin. La conjonctivite a de la tendance à guérir spontanément après cinq à six semaines. Le principal danger réside dans la suppuration des ganglions

Digitized by Google

et les cicatrices consécutives. Un traitement antiseptique, institué dès le début de l'affection, peut prévenir la suppuration des ganglions. Bien qu'il s'agisse d'une affection éminemment infectieuse et spécifique, les recherches bactériologiques ont été jusqu'ici négatives. ROHMER.

Hermann COHN. Ueber Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen (*Berlin, 1896*).

Résultats d'une enquête entreprise à la demande de la Société silésienne, à la suite d'un travail de Keilmann assurant que la méthode de Credé avait fait son temps.

Chaque année, 25 pour 1000 des enfants nés à Breslau sont atteints d'ophtalmie purulente. A l'Institut des aveugles de cette même ville, la proportion des cécités dues à cette maladie s'élevait en 1876 à 35 0/0, en 1884, à 27 0/0 et en 1895, à 21 0/0.

Une statistique embrassant un grand nombre d'asiles d'aveugles montre que cette proportion, qui atteignait 30 0/0 en 1876, est tombée à 19 0/0 en 1895. L'amélioration est donc incontestable, bien qu'on puisse espérer beaucoup mieux.

D'un questionnaire adressé aux oculistes d'Allemagne, d'Autriche, de Hollande et de Suisse, il résulte qu'annuellement, dans l'ensemble de ces divers pays, on traite environ 10000 ophtalmies purulentes, représentant les 7,5 p. 1000 des affections oculaires. La plupart des cas se révèlent dans les 5 premiers jours de la vie. 75 fois sur 100 les deux yeux sont malades. La guérison est complète pour 70 0/0 des cas; 20 0/0 des malades gardent des lésions durables : 15 0/0 des taches de la cornée et les 5 autres 0/0 une cécité complète qui, dans un tiers des cas, est double. L'existence des gonocoques n'a été constatée que 60 fois sur 100 dans 500 cas où la recherche en a été pratiquée. Le traitement a généralement consisté en l'emploi des applications froides et des solutions de nitrate d'argent ou de sublimé.

La section, faisant siennes les conclusions de l'enquête de Cohn, a adressé au ministre prussien des Affaires médicales une pétition dans laquelle elle indique tout une série de mesures destinées à assurer encore mieux dans l'avenir le prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. J. B.

STADFELDT. Die Veränderung der Linse bei Traction der zonula (Les changements du cristallin par la traction de la zonule (*Klin. Monats. f. Augenh., déc. 1896*).

L'auteur a mesuré le cristallin humain sur le vivant à l'aide de l'ophtalmo-phakomètre de Tscherning et a trouvé un diamètre de 10,5 millim; puis 6 cristallins humains extraits, qui, avec l'ophtalmomètre de Javal, ont donné 11,4 mill. de diamètre ; ce qui prouverait qu'après la mort le cristallin a perdu son pouvoir de rétraction. Or, si l'on extrait des cristallins avec leur zonule et qu'on les pique sur du liège, il est évident que la traction avec les épingles sera inégale suivant les divers diamètres; or, en examinant les lentilles dans ces conditions avec l'ophtalmo-

Digitized by Google

mètre, on trouve un astigmatisme de 4 à 5 dioptries, qui disparaît lorsqu'on relâche la traction avec les épingles; conclusion : le relâchement de la zonule augmente le diamètre de la lentille; ce qui confirme la théorie de Tscherning sur l'accommodation à l'encontre de l'opinion de Helmholtz. ROHMER.

HARING. Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie des Pyramidalstaars mit Hornhautadhärenz (Anatomie pathologique de la cataracte pyramydale avec adhérence cornéenne) (*Graefe's Arch.*, *XLIII*, *1*).

L'auteur a eu occasion d'examiner l'œil d'un malade qui, à l'âge de 6 ans, avait eu aux deux yeux une lésion terminée par la perte de la vision dans l'œil droit. Après énucléation, on trouva sur cet œil une cataracte pyramidale jaunâtre, proéminente dans la chambre antérieure et adhérente à la face postérieure de la cornée. Au niveau de l'adhérence la cornée est le siège de lésions cicatricielles et la membrane de Descemet présente une solution de continuité; ce qui montre bien qu'il s'agit là d'une cataracte pyramidale consécutive à une perforation; la cataracte pyramidale est formée par un soulèvement de la capsule et par des productions spéciales (capsule épaissie, masses cataractées dérivant de l'épithélium cristallinien). Entre la capsule et la membrane de Descemet, on trouve une production vitrée qui peut être considérée comme dérivant de l'endothélium cornéen. ROHMER.

GROS. Étude sur l'hydrophtalmie ou glaucome infantile (*Thèse de Paris*, *1897*)

Cette lésion est caractérisée par la distension du globe et la mégalocornée, l'augmentation de la tension, l'excavation constante de la papille; la distension du globe et l'hypermétropie ne sont pas incompatibles. Elle peut apparaître bien après la naissance; le processus peut s'arrêter dans sa marche, et permettre la conservation d'une certaine vision. L'hérédité joue parfois un rôle incontestable. Comme pathogénie, il faut invoquer l'obstruction des voies d'excrétion due à une soudure de Knies; quand cette soudure fait défaut, c'est l'hypothèse de l'arrêt de développement de l'appareil d'excrétion qui devient le plus plausible; ce serait alors un vrai glaucome primitif par rétraction. Il ne faut pas confondre la cornée globuleuse avec l'hydrophtalmie. L'iridectomie et la sclérotomie ont chacune leurs indications; mais plus l'intervention opératoire est précoce, meilleur sera le résultat; la guérison même est possible. Plus les yeux sont gros, plus l'incision oculaire doit être petite, c'est-à-dire que l'iridectomie est contre-indiquée sur des globes très distendus. ROHMER.

Rob.-Arthur HANLOSER. Die Erfolge der Glaucombehandlung an der Zürcher Augenklinik in den Jahren 1865-1895 (*Thèse de Zurich*, *1896*).

Sur les 15 glaucomes aigus ou hémorragiques, 5 (33,3 0/0) se sont terminés par amaurose; 10 (66,6 0/0) ont été guéris.

Digitized by Google

Sur les 35 yeux atteints de glaucome inflammatoire chronique, 17 (48,5 0/0) sont devenus complètement ou à peu près complétement aveugles, 8 (22,86 0/0) ont guéri relativement et 10 (28,57 0/0) complètement. Le succès n'est absolument garanti pour aucune opération de glaucome, car on ne peut jamais exclure d'une façon certaine la possibilité d'accidents fâcheux. En cas de glaucome aigu, le pronostic est favorable quand l'opération a donné de bons résultats ; il n'en est plus de même dans le glaucome chronique où les récidives sont beaucoup plus fréquentes ; mais ce n'en est pas moins un résultat très considérable de l'opération, que de suspendre l'évolution du mal pour une série d'années.

Dans 21, soit 50 0/0, des cas de glaucome simple, la faculté visuelle est restée au même point ; dans 9 (21,4 0/0), elle a diminué sans toutefois tomber au-dessous du degré utilisable ; dans 12 (28,5 0/0), l'opération n'a pu arrêter la perte de la vue.

La sclérotomie conserve ses droits, comme opération auxiliaire, à côté de l'iridectomie. La combinaison méthodique des deux opérations fournit des résultats favorables. J. B.

SULZER. Glaucome foudroyant, etc. : considérations sur le rôle de la circulation intra-oculaire dans la pathogénie du glaucome (*Annales d'oculist.*, *CXVII*, *fév. 1897*).

D'après l'auteur, les glaucomes peuvent être divisés, selon leur origine, en circulatoire, vasculaire et nerveux. Tous les glaucomes sont liés par le caractère commun de la dégénérescence vasculaire, primitive, secondaire, ou d'influence nerveuse. Les troubles circulatoires, dégénératifs et nerveux sont liés par une dépendance mutuelle qui fait qu'ils se produisent et se renforcent entre eux.

L'excavation glaucomateuse n'est pas un effet mécanique direct de l'hypertonie; elle est produite en première ligne par une dégénérescence partielle des fibres à myéline de la papille, dégénérescence qui dépend de la paralysie des éléments périphériques correspondants de la rétine, produite à son tour par le ralentissement de la circulation et en seconde ligne par une nutrition insuffisante des tissus de la papille, dépendant également de l'insuffisance de la circulation artérielle. Ainsi affaiblie, la papille peut s'affaisser davantage encore sous l'action de l'hypertonie. Au point de vue thérapeutique, il est essentiel d'envisager l'origine du glaucome et l'état de la circulation intra-oculaire. ROHMER.

GATTI. De l'influence de l'innervation et de la circulation sur la résorption du sang dans le corps vitré (*Revue gén. d'opht.*, *mars 1897*).

L'auteur a injecté d'une manière aseptique à travers la sclérotique dans le corps vitré des deux yeux de 24 lapins, la même quantité de sang (1/15 cent. c.) ; en même temps, il a pratiqué du même côté, ou la ligature de la carotide primitive, ou la section du sympathique cervical, ou l'une et l'autre en même temps, l'autre côté restant indemne. Chez ces

Digitized by Google

lapins tués à des époques différentes, on a pu voir que les altérations du sang injecté et du vitré étaient plus graves dans les yeux du côté où la circulation ou l'innervation avaient été troublées, et bien plus graves encore dans ceux où l'on avait pratiqué en même temps la double lésion.

ROHMER.

BAUDOIN. Du sarcome mélanique du tractus uvéal (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans les causes du sarcome mélanique du tractus uvéal on ne doit guère compter l'âge comme jouant un très grand rôle. Les limites en sont trop incertaines; il en est de même pour le sexe; on devra, par contre, faire entrer en ligne de compte l'hérédité. Le diagnostic est surtout important dans la première et la seconde période; d'un diagnostic précoce peut dépendre une survie notable. Le pronostic est très grave; mais cependant l'opinion de ceux qui veulent faire de cette affection un véritable *noli me tangere* est de tout point excessive; la récidive est très fréquente sans doute, mais les cas de survie sont loin d'être rares, et il est des survies très longues. Ces survies seraient plus fréquentes et plus longues encore si les malades bénéficiaient constamment de toutes les ressources de la chirurgie, si l'on pratiquait plus souvent l'exentération au lieu de l'énucléation. Cette dernière peut suffire à la première période, mais l'exentération de l'orbite est pour le sarcome mélanique du tractus uvéal l'opération de choix. ROHMER.

Kenjuro GOH. Beiträge zur Kenntniss der Augenveränderungen, etc. (Contribution à la connaissance des troubles oculaires dans les affections générales septiques) (*Graefe's Archiv, XLIII, 1*).

De l'étude de trois faits que l'auteur a examinés, il conclut qu'il faut distinguer nettement, parmi les altérations rétiniennes survenant au cours des septicémies, la rétinite septique (Roth), de la rétino-choroïdite métastatique. Dans la première forme, il n'y a pas de phénomène inflammatoire aigu; les hémorragies sont le résultat d'une altération générale du sang, ou de thromboses marastiques des veines rétiniennes et choroïdiennes; ces thromboses favorisent probablement le développement d'une ophtalmie métastatique par suite du trouble circulatoire qu'elles provoquent. On n'a pas démontré jusqu'à présent que sans l'intervention des microorganismes et sous l'influence d'une toxine en circulation, il puisse se développer une dégénérescence ou une inflammation oculaire, entraînant la perte de la vision totale ou partielle. On ne peut admettre ce mode de développement pour les processus suppuratifs endogènes, surtout lorsqu'ils sont unilatéraux. ROHMER.

LECHNER. Ein Fall von angeborener einseitiger Abductionsfähigkeit des Auges (Un cas de paralysie congénitale unilatérale de l'abducteur de l'œil) (*Klin. Monats. f. Augenh., mars 1897*).

De tous les travaux publiés sur les paralysies congénitales des muscles de l'œil, on peut conclure qu'il y a des causes multiples à cette affection :

Digitized by Google

aplasie des muscles ou des nerfs, insertion vicieuse des muscles, malformation de ces derniers, tout cela a été vu aux autopsies ou pendant les opérations. Le cas de l'auteur concerne un jeune homme de quinze ans, sans aucun antécédent héréditaire ou congénital; rien aux yeux, si ce n'est que l'œil gauche, dans l'abduction, s'arrête vers le milieu de son excursion; il y a, en même temps, insuffisance latente de convergence. L'auteur pense qu'il s'agit là d'un cas d'atrophie congénitale des muscles, dans lequel les fibres musculaires sont remplacées par du tissu conjonctif élastique; ce qu'explique le manque de contracture de l'antagoniste, ainsi que l'insuffisance latente de convergence lorsque l'œil gauche se tourne à droite.

ROHMER.

LAURE. Contribution à l'étude de la désinsertion traumatique des muscles de l'œil (*Thèse de Paris, 1897*).

La désinsertion traumatique des muscles de l'œil est très rare, puisqu'il n'en existe que 20 cas dans la science. Les muscles les plus souvent atteints sont le droit inférieur et le droit interne, ce qu'expliquent la tendance constante de l'œil à se porter en haut hors de tout traumatisme, et la configuration de la région de l'angle interne. Les troubles fonctionnels consistent dans l'abolition des mouvements du globe dans le sens de l'action du muscle détaché et consécutivement dans la production d'un strabisme avec ou sans diplopie. Le traitement doit varier suivant le muscle atteint et le temps écoulé depuis l'accident. Contre une lésion du grand oblique, ténotomie de l'oblique inférieur du même côté. Contre une lésion de l'oblique inférieur, ténotomie de l'oblique inférieur du côté sain. Contre l'arrachement récent d'un droit, avancement musculaire. Contre l'arrachement ancien d'un droit, ténotomie de l'antagoniste. ROHMER.

GOURFEIN. Double ophtalmoplégie héréditaire chez 6 malades de la même famille (*Bulletin méd., 2 déc. 1896*).

Six malades d'une même famille étaient atteints d'ophtalmoplégie double congénitale avec nystagmus, aplatissement des arcades sourcillières, amblyopie plus ou moins forte et un certain degré d'excavation avec pâleur du disque optique. Il s'agirait non d'une lésion nucléaire ou sus-nucléaire, mais d'amyotrophie héréditaire familiale ne différant du type habituel que par sa localisation dans les muscles extrinsèques du globe oculaire. LEFLAIVE.

VELHAGEN. Ueber hereditäre Sehnervenatrophie (L'atrophie héréditaire du nerf optique) (*Deutsche med. Woch., 24 déc. 1896*).

L'atrophie du nerf optique peut s'observer en dehors des influences connues de syphilis, tabes, alcool, nicotine, dans des cas où il est impossible d'invoquer une autre étiologie que l'influence héréditaire, il s'agit alors d'une affection frappant plusieurs membres de la même famille; en général, il s'agit de gens à tempérament nerveux, sujets aux migraines, vertiges, palpitations, parfois à l'épilepsie. Ce sont des sujets jeunes (13

Digitized by Google

à 28 ans), des hommes le plus souvent. Les malades présentent subitement ou assez rapidement une diminution de la vision qui augmente dans l'espace de quelques jours ou de quelques semaines. Au bout d'un à deux mois, contrairement à ce qui arrive dans l'atrophie commune, il se produit une amélioration ou un arrêt d'évolution. Si l'on examine les malades on constate un scotome central de l'œil atteint : la périphérie du champ visuel reste intacte pour le blanc et souvent pour les autres couleurs ; les malades voient mieux en général le soir ; il existe souvent des phénomènes subjectifs de flammes blanches ou colorées. Les deux yeux sont toujours atteints l'un après l'autre. A l'ophtalmoscope, on trouve, au début, du trouble sur les limites de la papille et de l'hyperémie des vaisseaux, ou de la neurorétinite légère, parfois aussi de légers dépôts devant la papille, tandis que les artères sont normales ou dilatées. Plus tard paraît une coloration, blanche ou blanc bleuâtre, de la moitié de la papille, regardant la macula, en même temps la lame criblée devient parfois apparente et les vaisseaux rétiniens paraissent un peu rétrécis. Plus tard encore, toute la pupille se décolore, bien que l'état de la vision ne s'aggrave pas. 2 observations. H. DE BRINON.

DE LAPERSONNE. Sur un cas d'hémianopsie horizontale inférieure d'origine traumatique (*Presse méd.*, *10 avril 1897*).

Un homme de 42 ans, fait une chute qui produit une perte de connaissance et du coma ; il subit une trépanation au sommet du crâne fracturé et l'on trouve une nappe de sang entre le crâne et la dure-mère ; le blessé se remit rapidement, mais la vision encore abolie, revint plus lentement ; on constate une hémianopsie inférieure symétrique ; il en est de même pour la perception des couleurs ; cette hémianopsie fut définitive. La lésion cranienne répond à peu près aux premières et deuxièmes circonvolutions pariétales des deux côtés, à peu près symétriquement. La lésion siégerait donc dans la partie la plus élevée du lobe occipital ; ce qui cadre assez bien avec l'idée d'un épanchement sanguin fusant de haut en bas, formant foyer non loin de la scissure perpendiculaire interne, et détruisant l'écorce du cunéus. ROHMER.

SALVA. Le champ visuel périphérique dans l'amblyopie toxique (*Ann. d'oculist.*, *avril 1897*).

D'après les auteurs classiques, le champ visuel périphérique est toujours normal dans l'amblyopie par l'alcool et le tabac. Demichèri a publié un cas où il y avait scotome périphérique suivant le rayon vertical supérieur. Ce n'est que plus tard, vers la période atrophique que peut apparaître un rétrécissement périphérique inguérissable. Salva cite deux cas de rétrécissements concentriques survenus au début de la lésion, et qui guérirent facilement par le traitement habituel, iodure et strychnine et suppression du tabac et de l'alcool. Il pense aussi que l'âge avancé de ses malades (60 et 68) est une cause prédisposante pour ce symptôme qu'il n'a jamais rencontré chez les jeunes gens : le nerf optique, à un âge avancé, résisterait moins aux intoxications et serait susceptible d'être atteint de névrite interstitielle, non seulement dans son faisceau maculaire, mais aussi dans ses faisceaux périphériques, au niveau du trou optique. ROHMER.

Digitized by Google

H. COPPEZ. Un cas de tuberculose cutanée et oculaire sans manifestations viscérales (*Revue gén. d'opht., n° 10, oct. 1896*).

D'après ce que l'on sait actuellement, la tuberculose uvéale serait touours secondaire.

L'auteur cite le cas d'une fermière de 17 ans qui, en trayant une vache atteinte de mammite tuberculeuse, s'inocule la maladie à un doigt, et fait une lymphangite tuberculeuse généralisée à presqne tout le corps. En même temps, un œil est atteint de tuberculose irienne, et finalement fut énucléé.

On trouva l'iris envahi primitivement, et la cornée elle-même prise consécutivement par la néoplasie. L'inoculation au lapin fut très virulente, et l'on trouva facilement des bacilles dans les préparations.

ROHMER.

TROUSSEAU. Les hémorragies oculaires dans la phosphaturie et l'azoturie (*Bull. méd., 4 avril 1897*).

Chez une jeune femme de 28 ans, en apparence très bien portante, on trouve 35 grammes d'urée par jour, avec phosphaturie intermittente; c'est la seule donnée sur laquelle on puisse s'appuyer pour expliquer une hémorragie rétinienne qui persiste encore.

Chez un homme de 34 ans, d'hérédité goutteuse, mais encore indemne d'accidents personnels, on trouve une énorme hémorragie du corps vitré qui a guéri sans laisser de traces après avoir obscurci totalement la vue pendant deux mois; le malade perdait 35 et 45 grammes d'urée par 24 heures.

L'auteur en conclut qu'il faut penser aux relations possible entre les hémorragies oculaires, la phosphaturie et l'azoturie. Il est vraisemblable qu'il ne s'agit pas là de simples coïncidences, et il n'est pas irrationnel de supposer que des hémorragies, dont la cause n'a pu être précisée et qu'on a, faute de mieux, attribuées à l'arthritisme, à l'hémophilie, peuvent tenir à la composition anormale des urines ou à la raison plus lointaine des pertes urinaires. ROHMER.

J. TERSON. Contribution à l'étude de l'enophtalmie et de l'exophtalmie alternantes (*Thèse de Paris, 1897*).

Il existe une affection orbitaire, d'origine traumatique ou spontanée caractérisée par la succession de deux états opposés, l'enophtalmie et l'exophtalmie. Cette exophtalmie se produit à tout effort volontaire ou involontaire et par la compression des jugulaires. L'enophtalmie constitue l'état habituel des malades. Cette affection a reçu le nom d'exophtalmie intermittente ou exophthalmie à volonté; il paraît préférable de consacrer dans une même dénomination l'existence successive de l'enophtalmie et de l'exophtalmie; aussi l'appellation que l'auteur préfère est celle d'enophtalmie et exophtalmie alternantes (A. Terson). L'évolution paraît tendre vers une exophtalmie progressive. La pathogénie, diversement interprétée jusqu'ici, doit être cherchée dans une tropho-

Digitized by Google

névrose qui a peut-être pour origine le grand sympatique. Le traitement consistera dans l'électrisation, l'administration de toniques et d'hamamelis virginica. ROHMER.

SCHMIDT. Exenteratio bulbi mit Kugeleinheilung (Exentération du bulbe avec invagination d'une boule (*Klin. Monatsbl. f. Augen., nov. 1896*).

L'auteur attribue le mérite de la priorité du procédé à son maître Kuhnt, plutôt qu'à Mules. Quoi qu'il en soit, il conseille pour la bonne réussite de l'opération, de choisir une boule de calibre approprié au volume de l'œil. Il faut, de plus, que l'insertion des muscles soit respectée; après dissection de la conjonctive autour de la cornée, on résèque cette dernière au ras de la sclérotique. De plus, la boule, après exentération, doit être uniquement en contact avec le sac sclérotical; dans ce but, on donne quatre coup de ciseaux sur les bords de la plaie scléroticale, et les quatre lambeaux ainsi délimités sont exactement suturés l'un à l'autre par-dessus la boule; finalement, la conjonctive elle-même est suturée en bourse. Les boules sont creuses et faites en argent ou en platine. L'ophtalmie sympathique n'a jamais été observée à la suite de ce genre de prothèse. ROHMER.

WAGENMANN. Einiges über Augenerkrankungen bei Gicht (Altérations oculaires dans la goutte) (*Graefe's Archiv, XLIII, 1*).

Après avoir passé en revue les lésions occulaires observées chez les goutteux, l'auteur cite le cas d'une femme de 43 ans, qui présente un peu de sclérite avec quelques hémorragies rétiniennes; poussée d'iritis avec synéchies postérieures, hypopion; sur la sclérotique, au voisinage de l'équateur, apparaît une saillie dure hémisphérique; état général déprimé; des nodosités aux bras, aux oreilles qui disparaissent par le salicylate de soude. Deux mois après, la vision s'est rétablie à 6/12 et on constate une décoloration gris jaunâtre du fond de l'œil. L'auteur pense qu'il y a eu des dépôts uratiques sur la sclérotique. Il pense aussi que la goutte prédispose aux chalazions, à la kératite marginale, à l'épisclérite périodique, au glaucome, au décollement rétinien : toutes affections que le traitement général anti-goutteux améliorera toujours. ROHMER.

AAGE A. MEISLING. Note sur la propagation rétrobulbaire des sarcomes du globe de l'œil (*Nord. med. Arkiv, XIX, n° 1, 1897*).

1° Globe phtisique rempli de masses mélano-sarcomateuses; vaste propagation rétrobulbaire; envahissement du nerf optique par le tissu néo-plasique. Cliniquement : amblyopie centrale de l'autre œil. L'examen périmétrique indique un scotome central. Quelque temps avant la mort, cécité complète. Mort par cancer secondaire du foie.

2° Sarcome choroïdien de la région postérieure du globe de l'œil; coupe du nerf optique pigmentée. Ophtalmoscopiquement : atrophie blanche du nerf optique de l'autre œil. D'après les renseignements du malade, début par un rétrécissement de la partie externe du champ visuel.

Digitized by Google

3° Sarcome choroïdien tout près de la papille de l'œil gauche. Enucléation. 12 ans plus tard, tumeur de l'orbite droit à caractères malins. D'après l'auteur, il y aurait propagation endocranienne latente, car il y avait mydriase et parésie de l'accommodation de l'œil droit.

Conclusion : En présence d'une tumeur maligne du globe de l'œil, il faut examiner l'autre œil d'une façon complète, y compris le champ visuel et l'ophtalmoscopie. En cas de diminution de l'acuité visuelle, il faut chercher les scotomes centraux. H. FRENKEL.

ZIELINSKI, DE NENCKI et KARPINSKI. La ténonite séreuse (*Ann. d'oculist., nov. 1896*).

Plusieurs personnes d'une même famille, ainsi qu'un chien, furent prises de ténonite séreuse, évidemment contagieuse. A l'examen, on trouve un microorganisme identique chez tous les malades ; chez d'autres chiens atteints consécutivement on trouva le même microcoque. Un vétérinaire distingué reconnut que les symptômes présentés étaient ceux de la maladie du jeune chien, qui serait donc identique à ce qui a été observé chez l'homme ; le poison contagieux se trouverait dans les sécrétions des yeux et du nez. Les auteurs décrivent en détail le microbe découvert et, par mesure de contrôle, l'inoculèrent à un chien qui fut pris de la même maladie. ROHMER.

FRANKER. Weitere Untersuchungen über Asepsis und Antisepsis, etc. (Recherches sur l'asepsie et l'antisepsie dans la chirurgie oculaire) (*Graefe's Archiv, XLIII, 1*).

L'auteur, de son travail, conclut que le meilleur moyen de débarrasser le cul-de-sac conjonctival de ses germes, consiste dans un nettoyage mécanique suivi d'un lavage avec une solution antiseptique. Dans certains cas, le lavage antiseptique peut suffire. Quand on emploie le sublimé, il ne faut pas dépasser des solutions de 1/5000 à 1/10000. Nous sommes vraisemblablement en état de détourner les germes superficiellement placés sur la conjonctive et d'empêcher leur développement; c'est ce que démontrent les recherches chez l'homme et les cultures sur agar. La solution de chlorure de Na, à 0,6/100 ne possède pas cette propriété. Il est bon, du moment qu'on est forcé d'opérer à sec, d'employer, même pendant l'opération, une solution antiseptique. ROHMER.

DOLGANOFF. Ueber die Wirkung des Eucaïns auf das Auge (Action de l'eucaïne sur l'œil) (*Klin. Monats. f. prakt. Augenh., fév. 1897*).

L'eucaïne, trouvée synthétiquement par Merling, représente un méthyléther du carbonate de méthyl-benzoïl-tétraméthyl-oxypyridine : difficilement soluble dans l'eau, elle l'est facilement dans l'alcool, le chloroforme, l'éther et la benzine. Instillée en solution à 5 p. 0/0 sur la conjonctive, elle provoque des douleurs assez vives pendant 1 ou 2 minutes, en même temps que du larmoiement, du spasme de l'orbiculaire, avec injection vive de la conjonctive et du cercle ciliaire, et parfois un

Digitized by Google

changement de coloration de l'iris; l'anesthésie survient au bout de 2 ou 3 minutes et diminue après 8 à 12 minutes, pour disparaître après 1/4 d'heure; après plusieurs instillations, la pupille se dilate pendant 7 heures environ, mais reste sensible à la lumière. L'accommodation est légèrement diminuée, et la tension de l'œil un peu moindre. L'action sur la cornée est plus forte qu'avec la cocaïne. En résumé, l'eucaïne n'a aucun avantage sur la cocaïne et ne peut même la remplacer dans tous les cas. ROHMER.

P. SILEX. Ueber Eucain B..... (L'eucaïne B dans la pratique ophtalmologique) (*Deutsche med. Woch.*, *n° 6*, *p. 1*, *4 fév. 1897*).

L'eucaïne A. anesthésie bien la cornée, mais elle détermine une brûlure intense et une forte injection du bulbe.

L'eucaïne B. ne présente pas ces inconvénients, c'est un salicylate qui diffère de la cocaïne par sa toxicité moindre et qui supporte l'ébullition sans inconvénients. Elle se dissout dans l'eau à la température de la chambre à la dose de 5 0/0. Les expériences ont été faites à la clinique de Schweigger avec des solutions à 2 0/0 :

1° Sur l'œil sain. La sensation de brûlure, nulle chez certaines personnes, existe chez d'autres; l'anesthésie de la cornée s'obtient avec 2 gouttes dans l'espace de 2 à 3 minutes et dure de 15 à 20 minutes. Elle ne provoque pas la constriction des vaisseaux comme la cocaïne et donnerait plutôt une légère injection péricornéale; son action est purement locale. Le muscle de Muller et la pupille ne sont pas influencés comme avec la cocaïne. La pupille réagit comme à l'état normal. Sur les 30 cas où l'essai a été fait, aucun n'a décélé une influence sur la pression intraoculaire. Les inégalités et le trouble que l'on observe sur la cornée après la cocaïne ne se montrent pas si l'on tient l'œil fermé après l'instillation d'eucaïne; si on laisse l'œil ouvert, elles sont moins marquées qu'avec la cocaïne.

2° Sur l'œil malade, l'effet de l'eucaïne est à peu près égal à celui de la cocaïne, notamment pour l'ablation de corps étrangers de la cornée, pour les pertes de substante du revêtement épithélial, pour les ulcérations cornéennes à cautériser, pour la kératite interstitielle avec forte irritation; dans l'iritis, les patients préfèrent la cocaïne.

3° Pour les opérations, le résultat a été aussi bon avec l'eucaïne qu'avec la cocaïne. H. DE BRINON.

P. DOLBEAU. Contribution à l'étude de l'anesthésie, en chirurgie oculaire, par l'emploi de l'eucaïne B (*Thèse de Paris 1897*).

L'eucaïne B est aussi toxique que la cocaïne, du moins quand l'injection est faite directement dans le sang. Seules les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané paraissent devoir donner une sécurité plus grande. L'eucaïne B présente, comme l'eucaïne A, des propriétés vasodilatatrices, fait qui peut offrir dans les interventions des inconvénients. L'eucaïne B est un bon anesthésique local. Sur l'œil non enflammé, elle produit une analgésie tout aussi rapide et complète que la cocaïne, mais

Digitized by Google

persistant peut-être un peu moins longtemps. Sur l'œil enflammé, son action anesthésique, comme celle de la cocaïne, est très incertaine, il n'y faut pas compter. L'eucaïne B instillée dans l'œil produit parfois une sensation de cuisson, mais légère et fugitive. Elle semble irriter un peu la conjonctive et ternir parfois la cornée. L'eucaïne B ne dilate pas la pupille; le diamètre de celle-ci, dans la presque totalité des cas, reste invariable, et s'il s'y produit une modification, elle est absolument insignifiante. Elle ne paraît avoir aucune action sur la tension intra-oculaire.

ROHMER.

HEINZ et SCHLÖSSER. Holocaïn ein neues Anestheticum (*Klin. Monatsbl. f. Aug., avril 1897*).

L'holocaïne, présentée par Taüber, est du chlorure pur de diäthoxyäthenyldiphénylamidine, insoluble dans l'eau froide, soluble dans l'alcool, l'éther et l'eau chaude; on peut alors conserver une solution aqueuse de 1 à 2 0/0, tandis que le surplus cristallise. Une solution à 1 0/0, chez le lapin, anesthésie rapidement et complètement la cornée et la conjonctive, et cela au bout de quinze à vingt secondes, et cela pendant au moins vingt minutes ; il se fait une paralysie des terminaisons nerveuses. Elle est sans influence sur la pupille, ainsi que sur l'accommodation; elle fait contracter les fibres musculaires striées. Pour les organismes inférieurs, c'est un poison du protoplasma ; une solution à 1/2 0/0 empêche le développement des bactéries ; c'est un antiseptique énergique. L'holocaïne se résorbe très facilement, et produit une augmentation intense des réflexes.

L'avantage sur la cocaïne tient à son pouvoir antiseptique, à son action anesthésique rapide et au défaut d'accidents consécutifs. ROHMER.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

I. — PLUDER. Primäre latente Tuberculose der Rachenmandelhyperplasie (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1033, 16 nov. 1896*).

II. — Discussion de la Société médicale de Hambourg (*Ibid., n° 50, p. 1124, 14 déc. 1896*).

I. — L'examen microscopique de tonsilles pharyngiennes hypertrophiques a révélé à Pluder, dans 16 0/0 des cas, la coexistence d'une tuberculose latente et primaire. Les bacilles de Koch n'étaient jamais très abondants.

Digitized by Google

Pluder considère que l'infection tuberculeuse est secondaire à l'hyperplasie de l'organe et que celle-ci n'est pas, comme le veut Trautmann, une conséquence de l'infection. Il s'agit en partie d'individus robustes et sans tare héréditaire. L'ablation du foyer morbide est nécessaire pour éviter l'ulcération et la propagation aux organes sains (oreille moyenne, ganglions cervicaux, poumons) ou l'infection générale de l'économie.

II. — *Engelmann* estime que le danger de la tuberculose de la tonsille pharyngienne n'est pas encore prouvé. Comme, d'autre part, il est impossible d'enlever tout le tissu malade, il vaut mieux ne pas exciter les foyers morbides, d'autant plus que l'opération n'est point absolument inoffensive et peut donner lieu à une otite moyenne et même à un abcès cérébral.

Zarniko, en revanche, partage la manière de voir de Pluder et est d'avis que, d'une façon générale, l'intervention est préférable à l'expectative, car, pour lui, l'opération n'est point dangereuse et ne peut qu'être utile. J. B.

A.-J. BRADY. Hypertrophy of the lingual tonsil and its removal by the use of the tonsillotome (*Journ. of laryng.*, *mai 1897*).

L'amygdale linguale est analogue comme structure à l'amygdale palatine ; elle est formée d'un revêtement épithélial s'enfonçant de ci de là, de façon à former de véritables cryptes, du tissu lymphoïde et d'un délicat réticulum fibreux comme tissu de soutien.

B. conseille contre l'hypertrophie l'ablation avec un amygdalotome courbe, la réaction est moins pénible qu'avec les cautérisations. Sur 111 cas, 34 ont été traités par l'amygdalotome, 23 par le galvanocautère, 54 par des applications médicamenteuses. A. CARTAZ.

L. JULLIEN. Chancres bilatéraux des amygdales (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 275*).

J. relate un exemple rare de chancre bilatéral de l'amygdale chez une jeune fille de 17 ans. La syphilis fut contractée en suçant les bouts de sein d'une de ses cousines nouvellement accouchée qui désirait allaiter l'enfant et dont les mamelons étaient mal conformés. Cette parente avait été syphilisée par le mari ; l'enfant était syphilitique. La contagion semble donc bien acquise de cette manière. Les deux amygdales sont le siège de chancres vastes, à bords élevés, durs, fond sanieux ; les parties voisines sont enflammées et œdématiées ; adénite bilatérale volumineuse s'étendant à la région cervicale, aux ganglions mastoïdiens, sous-occipitaux et dans l'aisselle. Roséole. Le fait présente de l'intérêt par la rareté. A. CARTAZ.

A. FRÉMONT. Morcellement des amygdales (*Thèse de Paris*, *1897*).

Le morcellement des amygdales est le procédé qui répond le mieux aux exigences variées de la thérapeutique amygdalienne. Il a l'avantage de n'occasionner que peu de douleur, pas d'hémorragie primitive ni secondaire, pas de réaction post-opératoire et pas de sclérose consécutive. 18 observations inédites. A. CARTAZ.

Digitized by Google

A. CARTAZ. Une variété d'abcès chroniques du voile du palais (*Soc. franç. de laryng., 3 mai 1897*).

Cartaz étudie dans ce travail une forme rare de suppuration chronique du voile. Il s'agit dans les deux observations qu'il publie de fistules de l'épaisseur du voile, dans le prolongement des piliers, à leur point de jonction, se dirigeant vers la luette à une profondeur variable. Un stylet glissé par l'orifice fistuleux que l'on trouve à l'union des deux piliers, antérieur et postérieur, conduit dans une petite poche de un demi à un centimètre, à parois légèrement fongueuses, d'où la pression fait sourdre un peu de pus, parfois des grumeaux caséeux, analogues à ceux que l'on retire des cryptes de l'amygdale.

Les symptômes occasionnés par cette suppuration chronique sont peu importants. Les malades se plaignent de gêne plutôt que de douleur et si l'attention n'est pas éveillée sur ce point, s'il n'existe pas de rougeur ou de légère tuméfaction du voile à ce niveau, on a tendance à rattacher les troubles accusés à de la pharyngite chronique.

Quelle est l'origine de ces abcès fistuleux? S'agit-il d'une fistule borgne consécutive à un abcès péri-amygdalien, abcès de la loge sus-amygdalienne ayant fusé du côté du voile? Est-ce, au contraire, une inflammation propagée, de par une amygdalite, dans un diverticule congénital, vestige du deuxième sillon pharyngien, comme la loge sus-amygdalienne elle-même?

Tourtual a décrit autrefois des anomalies de ce genre, Landgraft en a publié récemment des exemples et Cartaz pense que les deux hypothèses, au point de vue de l'étiologie de ces abcès chroniques, peuvent être également invoquées suivant les cas. A. C.

G. ZIMMERMANN. Organerkrank in Folge von geringen Wucherungen im Nasenrachen (Affections organiques dues à de petites végétations du pharynx) (*Jahrb. f. Kind., XXIX, p. 222*).

Z. divise ces complications organiques, dont il donne des exemples, déterminés même par des végétations adénoïdes, très petites, en trois classes : oreille, appareil respiratoire, système nerveux. Celles de l'oreille et la durée très courte des effets palliatifs puissants de la politzérisation sont bien connues. De même pour l'appareil respiratoire où les faits les plus nouveaux ont trait à la laryngite, à la fatigue et à la raucité spéciale de la voix. Les faits ayant trait au système nerveux : chorée, épilepsie, convulsions, asthmes nerveux, dépendent en général de grosses végétations. Mais de très petites suffisent à donner de la céphalée, de l'inattention. L'incontinence d'urine a été observée dans un cas de végétations moyennes sans aucun trouble respiratoire et a cédé après leur ablation. C'est d'ailleurs là une des complications les plus rares des végétations adénoïdes. A.-F. PLICQUE.

E. ESCAT. Adénome du voile du palais (*Arch. prov. de chir., VI, p. 320*).

Relation d'un cas de tumeur volumineuse du voile du palais chez une femme de 6 ans. Début de la tumeur il y a six ans. Accroissement graduel

Digitized by Google

jusqu'à ce jour, où elle atteint le volume d'une petite orange, amenant des troubles de la déglutition, de la respiration et de la parole. Elle est implantée sur le côté droit du voile, sans connexion avec la paroi pharyngée. Ablation en partie avec l'anse, énucléation de la partie restante pour arrêter une hémorragie assez forte. Suites simples. L'examen histologique montre que la tumeur est un adénome. A. CARTAZ.

W. DE ROALDES. Fibrochondroma of branchial origin (*New-York med. Journ.*, *p. 179, 6 fév. 1897*).

Un enfant de 6 semaines présentait depuis sa naissance des troubles respiratoires, des crises de suffocation; lorsqu'il commençait à crier, on voyait dans sa gorge une tumeur mobile, se cachant dans l'espace rétro-nasal et émergeant à peine en arrière du voile du palais. Lorsque le cri se prolongeait, la tumeur pouvait descendre jusqu'au niveau du vestibule du larynx, et si l'enfant faisait des efforts de toux, la tumeur était propulsée en avant, reposant sur la base de la langue; son volume était égal à celui d'un pouce d'adulte. La tumeur fut enlevée avec l'anse galvanique; on put alors constater qu'elle s'implantait sur le côté gauche, à la partie moyenne du pilier postérieur. Les troubles respiratoires semblent avoir définitivement disparu. La tumeur ressemble tout à fait à un pavillon auriculaire et a les mêmes dimensions que les pavillons du malade. Le tégument est composé de tissu cutané ordinaire, avec épiderme, chorion, poils et follicules typiques, glandes sébacées, cartilage, etc.

Il s'agit, en réalité, d'un tératome pharyngé, fibro-enchondrome d'origine branchiale. P. MAUBRAC.

KICH. Primary cancer of the nasopharynx cured by injections of alcohol (*Med. Record, 17 avril 1897*).

Homme atteint depuis son enfance d'une rhino-pharyngite dont la nature anatomique change absolument vers l'âge de 37 ans. Les troubles provoqués par la tumeur néoformée en nécessitent l'ablation; l'examen histologique permet de porter le diagnostic d'épithélioma à cellules concentriquement ordonnées. Une intervention chirurgicale radicale étant jugée impossible, des injections de toxines non filtrées de erysipelas-prodigiosus furent pratiquées suivant la méthode de Coley. Après 13 injections, la tumeur avait encore augmenté de volume avec large addition d'éléments lymphoïdes indiquant, non un processus de guérison, mais bien certainement une violente réaction inflammatoire; aussi le traitement de Coley fut-il suspendu et remplacé par des injections d'alcool absolu faites dans la tumeur même. Au bout de quelques mois, la néoformation avait absolument disparu. CART.

C. BIBARD. Des troubles de l'odorat (*Thèse de Paris, 1897*).

Les troubles de l'odorat consistent en : 1° Anosmie, soit congénitale, soit acquise, par lésions externes ou internes de l'appareil nasal, par lésions des centres nerveux ou des nerfs olfactifs, ou essentielles dont on ne peut déterminer la cause (infections variées);

2° Parosmie, perversion du sens de l'odorat, avec sa forme la plus désagréable, la cacosmie;

3° Hyperosmie.

Digitized by Google

L'auteur étudie successivement ces modalités, leurs symptômes, leur traitement et a réuni dans son travail 64 observations. A. CARTAZ.

VANSANT. A brief report on the results of a bacteriologic investigation of the nasal mucus in 100 cases of chronic nasal discharge (*Journ. Amer. med. Ass.*, *27 fév. 1897*).

Dans une très large proportion de cas de catarrhe chronique nasal, les sécrétions sont infectées par le bacille de la diphtérie, le staphylocoque ou autres bacilles. Le bacille de la diphtérie, plus particulièrement recherché, a été trouvé dans la rhinite atrophique, la rhinite purulente et la syphilis nasale ; dans ces cas, les malades étaient généralement en mauvaise santé, pâles et anémiques ; ils étaient considérablement améliorés par le traitement local. La conclusion pratique de la courte note de V. est que la diphtérie peut être transmise par les mouchoirs de poche et les linges souillés par les sécrétions nasales. CART.

F. PLUDER. Ueber Rhinitis fibrinosa diphtherica (*Deutsche med. Woch.*, *p. 708*, *29 oct. 1896*).

De 6 cas qu'il a observés, l'auteur affirme la nature diphtérique de la rhinite fibrineuse. Il est vrai qu'il n'a pas réussi à isoler le bacille de Lœffler dans les fausses membranes, mais, dans tous les cas, ce bacille existait sur la muqueuse saine ; son absence dans les fausses membranes serait due à ce que les sujets se présentent toujours à une époque tardive. D'autre part, dans tous les cas, la rhinite a coïncidé avec des lésions diphtériques de la gorge, soit sur le même malade, soit sur des personnes de son entourage immédiat. La principale objection contre cette nature diphtérique de la rhinite fibrineuse réside dans la différence de pronostic qui existe entre cette affection et la complication nasale de l'angine diphtérique. La bénignité du pronostic dans la rhinite fibrineuse serait due à ce qu'il s'agit d'une lésion très circonscrite et très superficielle de la muqueuse ; la couche profonde de l'épithélium opposant une barrière à l'absorption des toxines tandis que, dans le cas d'extension au nez de la diphtérie pharyngée, il y a déjà un affaiblissement de l'organisme par les toxines pharyngées.

D'ailleurs, dans la rhinite fibrineuse, la réaction générale existe aussi sous forme de fièvre légère et, d'autre part, il y a des cas de diphtérie pharyngonasale qui évoluent d'une manière bénigne. Il manque encore, pour trancher la question, l'épreuve de la sérothérapie et la constatation des lésions consécutives pharyngées, telle que la paralysie. H. DE BRINON.

I. — TREITEL. Ueber Hirnerkrankungen nach Naseneiterungen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 51*, *p. 1139*, *21 déc. 1896*).

II. — SILEX. Même sujet (*Ibid.*, *p. 1140*).

I. — Il est singulier que, malgré les relations multiples des fosses nasales avec la base du crâne, les suppurations du nez n'entraînent pas plus

Digitized by Google

souvent des suppurations intracraniennes. Sur 6,000 autopsies de l'Institut d'anatomie pathologique de Berlin, Tr. a rencontré 21 cas d'abcès cérébraux dont 7 d'origine auriculaire et 3 d'origine nasale.

Ce sont d'abord les lacunes congénitales du crâne qui font communiquer l'intérieur du crâne avec les fosses nasales. Hoppe a relaté un cas d'abcès extra-dural dû à une lacune congénitale, dans la paroi postérieure du sinus frontal. Ces lacunes sont d'ailleurs rares et la propagation des affections de l'une à l'autre des cavités s'effectue en général par les veines. D'autres fois, la propagation se fait par continuité. L'infection peut être aiguë ou chronique. Les suppurations cérébrales aiguës résultent d'ordinaire d'affections aiguës des fosses nasales.

Au point de vue pratique, les suppurations chroniques du crâne secondaires à des suppurations chroniques des cavités nasales accessoires sont beaucoup plus importantes. Elles présentent des caractères différents suivant le sinus. Les affections du sinus frontal engendrent des suppurations localisées, des abcès du cerveau, tandis qu'on n'en connaît pas d'exemple à la suite des affections du sinus sphénoïdal, qui amènent d'ordinaire une thrombose du sinus caverneux, avec une méningite. Au contraire, sur 21 cas d'affections cérébrales occasionnées par des affections du sinus frontal, on compte 9 abcès cérébraux vrais et 5 ou 6 abcès de la face externe ou de la face interne de la dure-mère. Pour les sinus frontaux, l'infection suit une voie plus souvent directe que pour les autres sinus ; elle s'opère généralement par la paroi postérieure du sinus.

Quant aux affections du sinus ethmoïdal, on a rarement occasion d'étudier leur influence sur le cerveau, parce que le plus souvent elles ne sont pas isolées. Sur les 6 cas de suppuration mortelle des sinus ethmoïdaux, sans altération semblable des autres sinus, on a trouvé 3 abcès cérébraux ; la perforation de la lame cribrée n'a été notée qu'une fois. Mais une suppuration du sinus ethmoïdal peut aussi déterminer, par voie indirecte, une infection du cerveau. A la suite de la perforation de la lame papyracée, il peut se développer un phlegmon orbitaire avec envahissement de la voûte de l'orbite. Par cette voie indirecte, les suppurations du sinus frontal et même celles du sinus maxillaire peuvent provoquer parfois une infection intracranienne. L'existence simultanée de suppurations dans plusieurs sinus et dans le cerveau a un intérêt pratique, car elle peut conduire à chercher l'abcès cérébral là où il n'existe pas. De plus, il est très facile de ne pas remarquer l'affection d'un autre sinus et de laisser ainsi un foyer possible d'infection.

Sur 12 cas de suppuration du sinus sphénoïdal, 4 fois les parois étaient perforées et 4 autres fois l'os ramolli. Ortmann a constaté à l'intérieur de l'os la présence des mêmes diplocoques qui se voyaient dans le sinus, preuve que dans ce cas l'infection cérébrale s'était effectuée directement par l'os.

Les suppurations cérébrales consécutives à celles des sinus frontaux sont les plus intéressantes pour le praticien, non seulement en raison de de leur fréquence, mais parce qu'elles sont plus accessibles au traitement, grâce à leur localisation. Treitel a observé le fait suivant :

En mars 1894, une jeune fille vint se faire soigner pour une suppuration du nez

Digitized by Google

et des douleurs de tête ; en automne, il reconnut qu'il s'agissait d'un abcès du sinus frontal. La malade ne consentit à être opérée qu'en décembre où elle avait du gonflement palpébral et des douleurs intolérables. L'ouverture du sinus fit sortir une grande quantité de pus fétide ; la cavité était pleine de bourgeons pâles qui furent raclés ; puis Tr. rétablit la libre communication avec le nez. Au bout de 4 semaines, un nouveau raclage des granulations devint nécessaire et Tr. aperçut une fistule se dirigeant vers l'intérieur du crâne. Le 2 avril, on constata, après résection temporaire de la paroi antérieure du sinus, la présence sur la paroi postérieure d'une perte de substance grande comme une pièce de 10 pfennigs. L'abcès qu'on soupçonnait sous la dure-mère n'existait pas et une ponction exploratrice du cerveau fut négative. Céphalée et suppuration fétide persistèrent. En mai 1895, convulsions suivies de parésie du côté droit. Le lendemain, on pratique dans le cerveau plusieurs ponctions sans résultat. En décembre, nouvelles attaques convulsives avec perte de la connaissance pendant 3 jours. Plus tard, Tr., ayant constaté une perte de substance dans la lame horizontale de l'ethmoïde, voulut, en mars 1896, extraire l'os nécrosé ; mais il y avait déjà un prolapsus cérébral et il s'abstint de terminer l'opération. Néanmoins il survint une méningite mortelle. A l'autopsie, on trouva dans le lobe frontal un abcès excessivement volumineux qui s'étendait jusque près de la circonvolution centrale antérieure et qui avait un contenu muco-sanguinolent ; à la base du cerveau, il y avait méningite, en partie aussi sanguinolente.

II. — Silex a observé un fait de suppuration du sinus frontal se compliquant de méningite chez un jeune garçon. J. B.

Arthur ALEXANDER. Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen der Nasennebenhölen (*Arch. für Laryng.*, *V*, *p. 324*).

Etude statistique importante sur la relation des polypes avec les sinusites, sur la fréquence relative des suppurations des divers sinus. Sur 104 cas de polypes du nez, A. a trouvé 35 fois de la sinusite suppurée ; inversement dans 170 cas de sinusite, il a rencontré 45 cas de polypes, soit 90 fois, sur 149 cas de polypes, inflammation d'un sinus. Ces sinusites se répartissaient ainsi : 57 fois le maxillaire, 8 fois l'ethmoïdal, 5 fois le sphénoïdal, 1 fois le frontal, 9 fois plusieurs sinus simultanément.

Les polypes seraient, pour A., la conséquence de l'inflammation propagée et de l'infection, que cette inflammation vienne du nez pour se propager au sinus ou inversement. A. CARTAZ.

S. LAUTMANN. L'ozène atrophiant : pathogénie, sérothérapie (*Thèse de Paris, 1897, et Ann. mal. de l'or., mars 1897*).

Très bon travail dans lequel l'auteur montre, par l'étude clinique des symptômes et des lésions, par une discussion approfondie des théories, que l'ozène doit être considéré comme une maladie d'origine tropho-névrotique, qui se complique à une période de rhinite chronique avec sécrétions fétides. Les recherches bactériologiques lui ont montré d'une façon constante la présence du bacille d'Abel (b. mucosus) et le bacille pseudo-diphtérique de Belfanti et Vedova ; ces deux bacilles se trouvent

Digitized by Google

dans les sécrétions, mais non dans les tissus. A ces bacilles s'ajoutent des colonies de bacilles saprophytes qui provoquent la fétidité.

L. a essayé sur 7 malades les injections de sérum diphtérique et il a constaté, non la guérison, mais la disparition rapide de l'odeur, due au détachement plus rapide des croûtes par suite de l'hyperémie et de la tuméfaction de la muqueuse. Chez 4 malades il a obtenu des résultats à peu près semblables avec des injections de sérum artificiel (20 centimètres cubes). Ces injections exemptes du danger du sérum antidiphtérique doivent donc être employées de préférence et leurs bons effets prouvent que très vraisemblablement elles n'agissent qu'en stimulant le système nerveux. A. CARTAZ.

THOMAS. Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle cuprique (*Marseille méd., 1er juin 1897*).

T. a employé, chez trois enfants atteints d'ozène, le traitement préconisé par Cheval, électrolyse interstitielle. Dans les trois cas il a obtenu, non pas une guérison, mais une amélioration très sérieuse ; il employait un courant de 15 à 30 milliampères ; au delà de 15, la réaction est douloureuse et exige pour les enfants l'anesthésie chloroformique.

A. CARTAZ.

C. COMPAIRED. El nuovo tratamiento del' ozena (*Arch. latinos de rinol., avril 1897*).

C. donne le résultat obtenu dans 6 cas d'ozène par les injections de sérum antidiphtérique (Institut bactériologique de Madrid) et constate que pour le moment il n'est pas de meilleur moyen pour supprimer rapidement l'odeur, les croûtes et diminuer les sécrétions nasales.

Il recommande d'employer ce traitement avec prudence. A. CARTAZ.

J. SICARD. Des tumeurs cartilagineuses des fosses nasales (*Thèse de Paris, 1897*).

L'enchondrome des fosses nasales est une tumeur rare (l'auteur n'a pu en réunir que 29 cas) qui s'observent surtout chez l'homme entre 7 et 25 ans. Quelquefois purement cartilagineuse, la tumeur est souvent mixte, chondrome ostéoïde, fibro-chondrome, chondro-myxome, chondro-sarcome; cartilagineuse au début, elle peut subir une dégénérescence sarcomateuse et devenir une vraie tumeur maligne. Elle prend naissance sur tous les points des fosses nasales, de préférence sur la cloison. L'auteur discute le diagnostic souvent assez difficile et conclut à une intervention radicale et précoce. Sur les 29 cas cités, 9 se sont terminés par la mort, 5 ont eu des récidives. A. CARTAZ.

BRIAU. Chondrome des fibro-cartilages du nez (*Lyon méd., 18 avril 1897*

Homme de 50 ans, buveur, au teint couperosé. En 1883, apparition dans la narine gauche d'un petit nodule, implanté à la face interne de l'aile du nez

Digitized by Google

qui a peu à peu infiltré toute cette aile et pris le volume d'une noix. Des cautérisations arrêtèrent la tumeur, la firent augmenter. Actuellement, le nez forme un gros appendice bourgeonnant rosé, avec petit point de sphacèle sur la partie de la masse qui représente l'aile du nez. Cette tumeur est translucide et n'obstrue pas la fosse nasale.

L'ablation par Poncet montre qu'il s'agit d'un chondrome parti des fibro-cartilages. Guérison avec résultat esthétique parfait. A. CARTAZ.

Otto SCHADEWALT. Ueber Kehlkopfsschwindel (Ictus laryngés) (*Arch. f. Laryng.*, *V, p. 246*).

L'auteur rapporte 7 cas d'ictus laryngé qui ne diffèrent pas des observations connues jusqu'ici; 6 de ces malades étaient des alcooliques; aucun n'avait de tares tabétique ou épileptique. Chez un malade de 59 ans, qui avait eu déjà plusieurs accès de vertige laryngé, la mort survint brusquement dans un accès. L'auteur se rattache comme interprétation à l'opinion de Charcot. A. CARTAZ.

LAZARUS. Posticuslähmung bei Gonorrhae (*Arch. f. Laryngol.*, *V, p. 232*).

Homme de 32 ans, atteint de blennorragie, avec arthrites, atteint vers la sixième semaine de dysphagie et de dyspnée croissantes dues à de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et nécessitant la trachéotomie. Rétablissement graduel de la mobilité des cordes, suppression de la canule le 14e jour. Persistance de laryngite légère. A. CARTAZ.

Ch. HARLEZ. De la laryngite suffocante varicelleuse (*Thèse de Paris*, *1897*).

H. décrit, d'après les observations de Marfan, de Bayeux et de deux observations inédites, les accidents de cette variété rare de laryngite. Primitive ou secondaire, elle détermine des accidents graves d'asphyxie qui nécessitent l'intervention. A. CARTAZ.

Walther VULPIUS. Ueber primäre Ozaena laryngo-trachealis (*Deut. med. Woch.*, *p. 75*, *28 janv. 1897*).

Chez une jeune fille de 18 ans, atteinte de lésions de l'oreille moyenne des deux côtés, V. a constaté la coexistence de l'ozène nasal et de l'ozène laryngo-trachéal avec ses altérations caractéristiques. Les cordes vocales sur toute la surface visible sont inégales, recouvertes de mucus gris jaune, elles se ferment incomplètement dans la phonation. L'espace sous-glottique et la portion visible de la trachée sont recouverts de masses muqueuses gris vert et de croûtes qui s'accumulent à la face inférieure et à la commissure antérieure des cordes ; c'est leur saillie sur le bord libre des cordes qui donne à ces organes l'aspect inégal ; la respiration a une forte odeur d'ozène. La muqueuse du larynx et de la trachée n'est ni ulcérée ni excoriée, on remarque seulement de petites sugillations au point où les croûtes ont été enlevées par la toux. Examinées au violet de gentiane, les sécrétions du larynx montrent en abondance et presque exclusivement le gros diplocoque de Lœwenberg ; celles du nez et de l'espace naso-pharyngien ne le présentent pas. Bien que la nature spécifique de ce diplocoque ne soit pas établie d'une manière absolue,

Digitized by Google

l'auteur se croit autorisé à considérer ce cas comme un exemple d'ozène primitif.

H. DE BRINON.

F. KÖNIG. Zur Deckung von Defecten in der verdorrten Trachealwand (*Berlin. klin., Woch., n° 51, 21 déc. 1896*).

Garçon de 11 ans, trachéotomisé pour croup le 30 septembre 1893. Impossibilité de laisser l'enfant sans canule. Dans la 4e semaine, on constate l'existence de bourgeons charnus, entre autres d'un polype de 1 centimètre et on les enlève avec la curette; puis on dilate le conduit aérien en introduisant par la plaie des cônes de zinc. Néanmoins l'enfant ne peut se passer de canule et on le renvoie avec une canule fenêtrée. Un an plus tard, lorsqu'il revient, la respiration buccale est possible mais sifflante quand on obture la fistule trachéale avec la main. L'accès vers le larynx par la plaie est rétréci. Le laryngoscope, qu'il avait été impossible d'appliquer jusqu'ici, révèle la présence au-dessous de la glotte d'une arête tranchante faisant saillie dans le conduit; cette saillie est due au renversement de la paroi trachéale antérieure en dedans. On agrandit la plaie trachéale, on fend la portion cartilagineuse infléchie, on en soulève de chaque côté les bords en les retournant en dehors et on les tamponne dans cette situation. Mais le renversement en dedans ne tarde pas à se reproduire et, dès le 3 octobre 1894, on excise les deux fragments d'anneau infléchis. On procède ensuite à une dilatation méthodique, et le 27 octobre on tente d'enlever définitivement la canule. Dix jours plus tard la respiration recommence à devenir de plus en plus gênée, si bien que le 8 novembre on est contraint de refaire la trachéotomie d'urgence. A l'aide d'une bougie introduite par la plaie, on poussa dans le larynx une double canule qu'on raccorda avec la canule trachéale dont on ferma l'orifice extérieur. De l'enrouement étant survenu, on reconnut que la canule placée entre les cordes vocales les avait ulcérées, surtout la gauche. On la remplaça par la canule fenêtrée.

L'été, on put enfin songer à fermer la fistule. La perte de substance de la paroi trachéale antérieure, qui admettait facilement une phalange, était trop considérable pour qu'on pût se contenter d'une anaplastie des parties molles.

König l'essaya cependant le 26 octobre 1896, en taillant un lambeau aux dépens de la paroi droite du canal fistuleux. Ce lambeau fut appliqué, sa face épidermique en dedans, sur la perte de substance; mais à peine était-il suturé que la respiration devenue dyspnéique l'attirait de plus en plus à l'intérieur de la trachée, où il formait soupape. K. dut se hâter de défaire les sutures, l'enfant étant déjà cyanosé. Il tailla alors un lambeau cutané, à la base du côté droit de l'ouverture fistuleuse, qu'il fit vertical jusqu'à la hauteur du larynx où l'incision devint curviligne pour se terminer sur la ligne médiane du cou. En ce point, de même qu'au niveau des bords supérieur et inférieur, l'incision fut assez profonde pour pénétrer un peu dans le cartilage thyroïde. Puis avec un bistouri dirigé parallèlement à la surface du cartilage, on divisa dans son épaisseur la lame droite du thyroïde en deux parties, laissant l'une en place tandis que l'autre moitié adhérait au lambeau des parties molles. Ce dernier, mobilisé, fut amené par glissement au-devant de la perte de substance trachéale. La face saignante de la lamelle cartilagineuse fut d'abord suturée avec du catgut à la face saignante du lambeau cutané préparé sur la paroi droite du trajet fistuleux pour remplacer la muqueuse trachéale, puis le lambeau cutanéo-cartilagineux fut fixé à son tour sur la perte de substance. Depuis cinq semaines que l'opération est faite, l'enfant respire parfaitement.

J. B.

Digitized by Google

J. MOLLARD et Cl. BERNOUD. Un cas de paralysie laryngée dothénientérique : étude de cette affection d'après les cas connus (*Bulletin méd., 31 mars 1897*).

Relation d'un cas de paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs survenue au cours d'une fièvre typhoïde chez une jeune femme de 21 ans. La paralysie se révéla, après quarante-huit heures d'un léger enrouement, par un accès violent de suffocation. En même temps se montrait de la parésie du voile du palais. La paralysie du larynx rétrocéda graduellement avec la disparition des accidents typhiques.

Les auteurs discutent l'origine de ces accidents et le rattachent à une névrite périphérique.

A. CARTAZ.

T. HERYNG. Ueber Larynx und Papillome ihre Behandlung..... (Sur le papillome du larynx et son traitement par le phénol sulforiciné) (*Therap. Monats., n° 3, p. 129, mars 1897*).

On a souvent accusé le catarrhe chronique de prédisposer aux papillomes, H. ne l'a jamais vu bien marqué chez les papillomateux, spécialement chez l'enfant ; par contre, il a été frappé de la pâleur anormale de la muqueuse au voisinage des papillomes. Le mode de repullulation des papillomes les place à la limite de la contagiosité. La galvano-caustie est particulièrement dangereuse au point de vue du traitement. On a prétendu que la trachéotomie n'était pas seulement un moyen palliatif, mais aussi un moyen curatif. Il y a là une exagération comme le démontrent plusieurs observations de H.

H. repousse comme dangereux l'emploi de l'éponge ; l'ablation avec la curette n'est pas non plus sans danger; la section des polypes avec des pinces coupantes est plus indiquée, sauf pour les gros polypes (anse galvanique).

Les cautérisations chimiques ne sont pas sans inconvénient ; la laryngotomie ne prévient pas les récidives, elle peut amener des synéchies membraneuses des cordes et altère la voix. La technique est assez simple; H. conseille une large ouverture : incision de l'hyoïde et de tout le thyroïde ; inspection minutieuse du larynx, excision des papillomes et tamponnement à la gaze iodoformée.

Le phénol sulforiciné peut amener la disparition des papillomes sans opérations (solution à 30 0/0) ; pour les tumeurs trop volumineuses, on pratique d'abord l'excision par la voie endolaryngée, surtout pour les papillomes à revêtement épithélial pavimenteux, que pénètre très difficilement le médicament (5 observations avec 2 examens histologiques).

PAUL TISSIER.

Yves MICHEL. Contribution à l'étude des kystes de l'épiglotte (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'auteur a réuni 44 observations de kystes de l'épiglotte, affection relativement rare, se rencontrant surtout dans l'âge adulte. Ce sont des kystes par rétention simple, reconnaissant pour cause les inflammations répétées ou chroniques, les irritations qui déterminent une exagération de sécrétion des glandes épiglottiques.

Il discute ensuite la question du diagnostic et du traitement.

A. VENOT.

Digitized by Google

G. HEYMAN. Des indications actuelles de la trachéotomie dans le croup de l'enfant, contre-indications du tubage (*Thèse de Paris, 1897*).

Tout en considérant le tubage comme l'opération de choix pour combattre l'asphyxie dans le croup, H. estime qu'il existe un certain nombre de contre-indications, se rapportant :

1° Au lieu où on opère. Un enfant tubé doit être surveillé par une personne compétente ;

2° A l'opérateur. Impossibilité d'engager le tube, fausse route ; la trachéotomie s'impose ;

3° A l'état du sujet. *a*) Etat de mort apparente ; *b*) diphtérie confluente extensive des voies aériennes ; *c*) cas où la sécrétion purulente est considérable ; *d*) syncopes au cours du tubage ; *e*) rejet incessant du tube ; obstructions répétées du tube ; spasmes tardifs dans le tubage ;

4° Aux cas où le diagnostic ne peut être établi entre le croup, l'œdème de la glotte et les diverses affections laryngées susceptibles d'amener la sténose ;

5° Enfin à l'âge de l'enfant ; au-dessous de 2 ans, tubage de préférence.

L'auteur discute ensuite la technique opératoire, le moment de l'intervention et publie un certain nombre d'observations intéressantes relatives aux accidents du tubage. A. CARTAZ.

G. BAUDRAND. Des ulcérations laryngées consécutives au tubage (*Thèse de Paris, 1897*).

Parmi les complications du tubage on a signalé les ulcérations laryngées. B. en publie 21 cas. Ces ulcérations siègent à la partie antérieure de l'anneau cricoïdien ou au-dessous de la base des aryténoïdes ; elles varient de profondeur et d'étendue suivant le degré de pression du tube et d'inflammation de la muqueuse. Comme conséquences, on constate l'aphonie, le spasme tardif de la glotte et surtout le rétrécissement du larynx. Il faut dans le cas d'accidents de ce genre supprimer le tubage et pratiquer la trachéotomie. A. CARTAZ.

RICHARDIÈRE. Le tubage dans le spasme de la glotte persistant après la trachéotomie (*Bull. méd., 2 mai 1897*).

L'auteur montre qu'au point de vue des spasmes persistants les deux opérations de la trachéotomie et du tubage se complètent l'une par l'autre, la trachéotomie peut guérir les spasmes consécutifs au tubage et *vice versa*.

Il rapporte l'observation d'un enfant qui, atteint de croup, intubé dès son entrée à l'hôpital, dut être trachéotomisé d'urgence le 2 février, le tube s'étant obstrué immédiatement ; on essaya d'enlever la canule le 5 et le 6, puis le 10 et le 16 février, sans succès ; rapidement la dyspnée et la cyanose revenaient ; le 16 on introduit un tube court, le 17 il est rejeté, puis le 18 et on doit remettre une petite canule dans la trachée ; on la laisse jusqu'au 2 mars ; on essaie alors un tube long, qui ne peut être enlevé définitivement que le 7 mars, après une première tentative infructueuse le 4 mars. H. LEROUX.

Digitized by Google

D. POSPISCHILL. Streptokokkencroup des Trachea bei septischen Scharlach (Croup à streptocoques de la trachée dans la scarlatine septique) (*Jahrb. f. Kind.*, *XXIX*, *p. 231*).

Malgré l'aphorisme classique « la scarlatine n'aime pas le larynx », des faits d'infection diphtéritique secondaire ont été observés. Mais même l'angine scarlatineuse non diphtéritique à streptocoques semblait ne pas se propager au larynx. Tout au moins n'en existait-il aucune observation parmi les faits assez nombreux de croups à cocci et à streptococci. Dans le cas observé par P., le larynx était bien indemne et sa muqueuse était pâle. Mais la fausse membrane existait dans la trachée. Elle ne présentait pas l'aspect gangréneux des plaques du pharynx.

C'est une cause de plus de dyspnée possible à ajouter aux nombreuses causes de dyspnée : œdème de la glotte, nécroses pharyngées et laryngées, dégénérescence du cœur et altérations du sang dans les scarlatines septiques. A.-F. PLICQUE.

B. LŒWENBERG. Etude bactériologique et clinique sur une affection nouvelle de l'oreille (pseudo-diphtérie auriculaire à streptocoques) (*Bull. méd.*, *7 mars 1897*).

Chez une fillette de 13 ans atteinte d'une angine pseudo-membraneuse (deux autres cas dans la famille), il s'est développé consécutivement dans le conduit auditif externe une fausse membrane grisâtre, avec fièvre intense, douleurs vives, surdité absolue, engorgement ganglionnaire. L'examen de la fausse membrane et les ensemencements ont montré qu'il ne s'agissait que d'une maladie à streptocoques qui avait envahi non seulement l'oreille externe, mais encore l'oreille moyenne (perforation du tympan) et le labyrinthe. Cette maladie auriculaire paraît due à l'extension par la trompe d'Eustache de l'angine pseudo-membraneuse. LEFLAIVE.

Cohen KYSPER. Ueber ein neues Verfahren..... (Un nouveau mode de traitement du catarrhe chronique et des suites de la suppuration de la cavité tympanique) (*Deutsche med. Woch.*, *p. 725*, *5 nov. 1896*).

Toutes les fois qu'il existe des adhérences dans l'oreille moyenne et que l'audition n'est pas complètement supprimée, l'auteur injecte, dans la cavité tympanique, une solution albumineuse de pepsine de veau, dans le but de ramollir et de dissoudre dans une certaine mesure les brides fibreuses qui gênent le jeu des organes de l'oreille moyenne. Cette injection se fait en arrière de la partie supérieure du manche du marteau ; la solution est au 10/000 avec une acidité de 15 0/0, la quantité injectée varie de 0,20 à 0,30, la réaction est en général très minime. Le traitement amène la disparition des phénomènes subjectifs et une amélioration relative de l'ouïe. H. DE BRINON.

Gustav BRUNNER. Ueber den sogenannten Ménière'schen Symptomencomplex und die Beziehungen des Ohrs zum Schwindel (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, *n° 20*, *p. 648*, *15 oct. 1896*).

Quand la triade symptomatique qui constitue le syndrome de Ménière s'accompagne de fièvre, on a affaire à proprement parler à une labyrin-

Digitized by Google

thite. De même, on ne doit pas faire rentrer dans le syndrome de Ménière les accès vertigineux avec bruits auriculaires et troubles auditifs, qui sont provoqués par des agents extérieurs. Au point de vue anatomo-pathologique, le vertige de Ménière est dû à des hémorragies ou à des embolies du labyrinthe, et surtout des canaux semi-circulaires; mais il est très rare qu'on constate ces lésions à l'autopsie.

Dans les affections de la caisse du tympan, on n'observe la triade de Ménière qu'autant qu'il existe une affection secondaire du labyrinthe.

Dans les affections du cervelet, on peut exceptionnellement voir survenir ce syndrome lorsqu'il existe simultanément des troubles auditifs.

Le vertige de Ménière est toujours le produit d'une excitation des nerfs des canaux semi-circulaires et jamais celui de la perte de leurs fonctions.

Br. admet l'existence d'un vertige de Ménière angio-névrosique.

J. B.

HAUG. Beitrag zur Casuistik der im Verlaufe..... (Les hémorragies par l'oreille et le nez dans le cours des néphrites) (*Deutsche med. Woch.*, *p. 723*, *5 nov. 1896*).

Neuf mois avant l'apparition de l'albumine et des cylindres de l'urine un homme, grand buveur de bière, est pris d'hémorragies nasales profuses et de troubles cardiaques. Il se soumet à une diète sévère, néanmoins les épistaxis reparaissent aussi abondantes, cette fois accompagnées d'hémorragies rétiniennes et de l'oreille moyenne et l'urine fournit les preuves de la néphrite latente qui existait sans doute depuis les premières hémorragies. L'hémorragie auriculaire s'est résorbée en 3 semaines sans intervention et sans suppuration, aucune autre cause que la néphrite n'existait pour expliquer les hémorragies nasales, il n'y avait ni inflammation locale, ni ulcération syphititique ou tuberculeuse. Les hémorragies du nez, de l'œil et de l'oreille se sont toujours produites du côté droit.

H. DE BRINON.

A. MALHERBE. De l'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche (*Arch. int. de lar.*, *X*, *p. 144*).

M. propose, dans les cas d'otite chronique sèche, avec surdité et bourdonnements, de pratiquer la trépanation de l'antre, d'aller directement détruire dans la caisse les brides et adhérences des osselets. L'amélioration de l'audition a été très marquée dans quatre cas qu'il a ainsi opérés. Il faut, bien entendu, n'intervenir qu'autant que la perception cranienne est conservée, que le sujet n'est pas trop âgé et qu'il n'existe pas de compression labyrinthique.

A. CARTAZ.

A. KUHN. Otitis media purulenta (*Arch. of otology*, *XXVI*, *p. 50*).

2 cas intéressants : 1° Otite moyenne suppurée gauche, signes cérébraux, avec aphasie, qui laissent le diagnostic hésitant entre méningite et abcès cérébral. Trépanation mastoïdienne, ponctions du cerveau sans résultat. Mort. A l'autopsie, méningite suppurée.

Digitized by Google

2° Jeune fille de 15 ans. Suppuration chronique de l'oreille droite avec carie mastoïdienne et masses cholestéatomateuses dans l'antre. Opération. Au moment d'extraire la tumeur, la respiration s'arrête, la malade était morte. Insuccès de toutes les tentatives.

L'autopsie montre que la cause de la mort était une embolie aérienne dans le ventricule droit du cœur, embolie partie du sinus sigmoïde.

A. CARTAZ.

H.-L. SWAIN. Four cases of otitis media purulenta (*Arch. of otol., XXVI, p. 30*).

Relation de cas d'otite suppurée avec complications. Dans le 1er cas, il y avait un abcès épi-dure-mérien ouvert dans le cours de l'opération mastoïdienne. Guérison. Dans le deuxième, otite avec mastoïdite et abcès épidure-mérien ouvert dans le conduit externe, trépanation, guérison. Le troisième, est un exemple d'abcès cérébral (du ventricule latéral), suite d'otite. Le quatrième est un cas de propagation de la suppuration mastoïdienne du côté du trapèze, guérison.

A. CARTAZ.

GRUBER. Étude des affections intracraniennes d'origine otique (*1er Congrès autrichien d'otol., 26 juin 1896*).

G. a dépouillé les régistres de 40073 autopsies : sur ce nombre il en a trouvé 1806(1242 hommes, 564 femmes) pour lesquelles la cause indiqués était une affection intracranienne. Cette affection était, dans 232 cas, la conséquence d'une otite, 65 fois, sans carie (dont 42 avec thrombose des sinus) 167 avec carie (106 avec thombose solide (64) ou purulente (42) des sinus. On avait trouvé de la méningite 104 fois, un abcès cérébral 41 fois, des abcès du cervelet 16 fois; 48 de ces malades avaient succombé à des accidents pyémiques.

A. CARTAZ.

O. BRIEGER. On general pyœmic infection following aural suppuration (*Arch. of otol., XXV, p. 343*).

B. estime que la pyohémie ne résulte pas toujours, dans les suppurations auriculaires, d'une phlébite des sinus. Elle peut se produire sous la forme de dermato-myosite ; également par phlébite des vaisseaux osseux, sans complication du côté des sinus.

Il discute ensuite le diagnostic de la phlébo-thrombose du sinus latéral, estimant que la courbe de la température, le frisson ne permettent pas toujours l'affirmation de la pyémie. Il insiste sur la valeur de l'examen ophtalmoscopique et discute l'intervention chirurgicale ; il ne croit pas que la ligature de la jugulaire soit utile quand il n'y a pas de phlébite du sinus.

Dans un dernier chapitre, B. étudie la thrombose du sinus caverneux, conséquence habituelle de la propagation de la thrombose du sinus latéral par le sinus pétreux. Les symptômes sont l'exophtalmie, la paralysie des muscles oculaires, l'œdème des paupières et le chemosis de la conjonctive avec hémorragie. B. conseille l'ouverture du sinus latéral, l'ablation du thrombus, l'aspiration ou la traction du caillot qui a pénétré plus loin.

A. CARTAZ.

Digitized by Google

MOURE. De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes (*Bull. Soc. de chir., XXIII, et Rev. hebd. de laryng., mai 1897*).

Dans le travail, communiqué à la Société de chirurgie, M. relatait 31 opérations d'évidement pétro-mastoïdien. Dans ce travail plus récent, il y a ajouté l'analyse de 25 cas nouveaux. Il montre, par l'étude détaillée de ces faits que l'otorrée ancienne, fétide, rebelle aux traitements ordinaires, réclame, au même titre que les suppurations de l'antre, l'intervention chirurgicale. C'est le seul moyen de prévenir des complications et d'amener une guérison complète. Il faut ouvrir largement l'antre, le canal tympano-mastoïdien et la caisse et mettre ces trois parties de l'oreille en rapport direct, en supprimant toutes les portions osseuses entre elles et au-dessous d'elles.

M. rappelle l'historique de cette question de l'intervention large dans les otites suppurées chroniques, les rapports anatomiques de la région et les anomalies qu'on peut rencontrer (*R. S. M.*, XLVIII, 700) ; il discute les indications de l'intervention et décrit la technique opératoire à laquelle il s'est arrêté. A. CARTAZ.

A. CHIPAULT. Cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral (*Bull. méd., 10 fév. 1897*).

Dans la phlébite otitique, il faut intervenir toujours, le plus tôt et le plus largement possible.

La mastoïdectomie simple a donné 16 guérisons et 21 morts ; la mastoïdectomie avec ouverture de la loge sinusale, puis du sinus et lavage de celui-ci, 17 guérisons et 15 morts ; le lavage du sinus associé à la ligature de la jugulaire, 31 guérisons et 18 morts.

L'intervention à conseiller comprend trois temps, qu'il est parfois nécessaire d'exécuter en deux séances :

1° Double ligature de la jugulaire interne avec section de la veine entre les ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale ;

2° Ligature du sinus transverse le plus près possible du pressoir d'Hérophile ;

3° Ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, ouverture large de la loge sinusale, évacuation du pus et des produits septiques périsinusaux, ouverture par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales et enfin établissement du drainage sinusal jugulaire propice aux lavages bi-quotidiens ultérieurs. LEFLAIVE.

V. LANGE. Ein kleiner Beitrag z. Fertstelluug einer Trommelfeldperforation (Sur les moyens de préciser le siège d'une perforation du tympan) (*Therap. Monats., p. 211, avril 1897*).

Le procédé consiste à faire inhaler par le nez un mélange de médicaments transformés en vapeurs par la chaleur ; le malade pratique le Valsalva et on voit sortir un courant de vapeurs par l'orifice de la perforation tympanique. PAUL TISSIER.

Digitized by Google

J. HEGETSCHWEILER. Die phthisische Erkrankung des Ohres auf Grund von 39 Sectionsberichten Bezold's (*Wiesbaden, 1895 et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 21. p. 677, 1er nov. 1896*).

Les otites moyennes tuberculeuses forment 1 0/0 des affections auriculaires traitées par Bezold. Les âges le plus souvent représentés sont la 1re, la 2e et la 4e décades. Le sexe masculin y prédomine sur le féminin dans le rapport de 3 1/2 à 1.

La trompe cartilagineuse reste presque toujours indemne, tandis que d'ordinaire la trompe osseuse est envahie. Dans la moitié des cas, les lésions tuberculeuses s'étendent aussi aux deux muscles intrinsèques de la caisse. Ce sont les parois osseuses de la caisse du tympan, en première ligne la paroi labyrinthique (69 0/0) avec les fenêtres du labyrinthe, qui sont le plus fréquemment détruites, circonstance qui suffit déjà à expliquer pourquoi dans l'otite moyenne tuberculeuse la surdité est si commune, si précoce et si intense. La dure-mère, placée au-dessus du rocher carié, est très rarement altérée (10 0/0), bien que le toit osseux de la cavité tympanique soit lésé dans les deux cinquièmes des cas et perforé 10 fois sur 100. La dure-mère est seulement épaissie; une fois pourtant elle était perforée et c'était aussi l'unique cas où il y eut un abcès du cerveau.

Deux fois, il y avait de la leptoméningite. Le marteau était détruit partiellement ou entièrement dans les trois quarts des cas; l'enclume un peu moins souvent; l'étrier encore moins (3/8). Les perforations osseuses vers la région rétro-auriculaire, l'hyperplasie de la muqueuse et la formation de granulations ne se rencontrent que chez les enfants. Dans 20 0/0 des cas la fenêtre ronde, et dans 10 0/0 la fenêtre ovale étaient ouvertes et partant le labyrinthe était envahi.

La symptomatologie est absolument caractéristique : début indolore, otorrhée profuse, large communication entre le conduit auditif et la trompe, destruction rapide du tympan et multiplicité de ses perforations, fréquemment marginales; apparition prompte de la surdité. Deux fois, il y avait paralysie du facial.

Le pronostic de la tuberculose auriculaire dépend de la marche de l'affection générale; au début de celle-ci, elle peut guérir.

L'intervention chirurgicale offre des chances favorables chez l'enfant, mais très rarement chez l'adulte. J. B.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1897.

A

Abcès. — Besredka. Abcès sous-phréniques, étude pathologique. (*Thèse de Paris.*) — Mérigot de Treigny. Des abcès sous-diaphragmatiques. (*J. des Praticiens*, 20 fév.) — Stuart. Traitement local des abcès et des phlegmons. (*N.-York med. j.*, 16 janv.)

Abdomen. — Apert. Ascite laiteuse non chyleuse. (*Soc. anat. Paris*, 12 fév.) — Sainton. Un cas d'ascite lactescente non chyleuse. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 janv.) — Stalker. Ascite chyleuse. (*Scottish med. j.*, mars.) — Ceconi, Sur les épanchements chyleux et chyliformes. (*Morgagni*, fév.) — Annandale. Obs. de chirurgie abdominale (*Scottish med. j.*, fév.) — Johnson. Rapport sur 45 cas de chirurgie abdominale de la pratique hospitalière. (*Boston med. journ.*, 21 janv.) — Chase. Les ligatures résorbables en chirurgie abdominale. (*Annals of gyn.*, mars.) — Hahn. De la suture abdominale. (*Cent. f. Gyn.*, 27 mars.) — Haughey. Suture idéale des incisions abdominales. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — Derocque. Contusion de l'abdomen, perforations de la première anse du jéjunum. (*Soc. anat. Paris*, 12 mars.) — Pissavy et Guinard. Contusion de l'abdomen, déchirure du grand épiploon au niveau de son insertion à l'estomac, rupture de la veine rénale gauche. (*Ibid.*, 22 janv.) — Bernay. Contusion de l'abdomen, laparotomie. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Caillet. Plaie de l'abdomen, laparotomie, guérison. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Duplay. Sur un cas d'abcès profond de la région ombilicale. (*Bull. méd.*, 3 janv.) — Stierlin. Des fistules ombilicales congénitales. (*Deut. med. Woch.*, 18 mars.) — Croom. Des quelques rapports entre les tumeurs de l'abdomen et du bassin. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Binaud et Begouin. Tumeur gazeuse de l'abdomen développée dans une poche de kyste ovarique. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 28 mars.)

Accouchement. — Edgar. Aides dans l'enseignement obstétrical. (*N.-York med. j.*, 21 nov. 1896.) — Cholmogorow. Les problèmes de l'enseignement obstétrical. (*Vratch*, 27 fév.) — Bacon. Les fautes des sages-femmes en

Digitized by Google

asepsie. (*J. Americ. med. Ass.*, 6 fév.) — Boland. Quelques remarques pratiques sur l'obstétrique. (*Boston med. journ.*, 18 mars.) — Skinner. Asepsie et antisepsie dans l'accouchement et les suites de couches. (*N.-York med. j.*, 23 janv.) — Moreau. De l'étude de la disposition de la symphyse pubienne pendant l'accouchement. (*Thèse de Lille.*) — Corson. Remarques sur 500 cas de travail. (*Amer. j. of Obst.*, fév.) — Guerrero. Étude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. (*Thèse de Paris.*) — Bellot. Du rôle du médecin dans la délivrance naturelle simple. (*Ibid.*) — Ozo De l'oblitération du col chez les femmes enceintes. (*Ibid.*) — Cros. De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme. (*Ibid.*) — Kellar. La ligature du cordon n'est pas nécessaire. (*Pacific med. j.*, janv.) — Sarwey. La température chez les accouchées. (*Cent. f. Gyn.*, 17 avril.) — Lucas. De la résistance anormale de l'utérus à la provocation de l'accouchement, nouveau procédé de dilatation rapide du col utérin. (*J. de méd. Paris*, 31 janv.) — Loehlein. Développement et traitement de l'hématome de la vulve chez les accouchées. (*Cent. f. Gyn.*, 13 mars.) — Eustache. Inertie utérine totale, hémorragie et syncope mortelle après l'accouchement. (*J de méd. Lille*, 16 janv.) — Weiskorn. Troubles mentaux transitoires chez les accouchées. (*Thèse de Bonn.*) — Maygrier. Les tumeurs fibreuses compliquant l'accouchement. (*J. de méd. Paris*, 28 fév.) — Seguineau. De l'influence des fibromes de l'utérus sur l'accouchement. (*Thèse de Lyon.*) — Oui. Indications, complications et manuel opératoire des injections intra-utérines après l'accouchement. (*Écho méd Nord*, 7 fév.) — Maire. De la conduite à tenir en présence des mento-postérieures engagées. (*Thèse de Paris.*) — Corinin. Sur la durée et le pronostic de l'accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée. (*Ibid.*) — Wilson. Les facteurs de la rotation dans les présentations occipito-postérieures. (*Amer. j. of Obst.*, fév.) — Cournol. De la présentation de la face. (*Thèse de Paris.*) — Fry. Rectification manuelle des positions défectueuses de la tête. (*Amer. j. of Obst.*, mars.) — Bué. De la manœuvre de Champetier de Ribes. (*Nord méd.*, 15 fév.) — Lop. Présentation du siège, syndrome péritonéal, version céphalique, guérison. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — Mlle Botkowskaia. Des occipito-postérieures, étude statistique. (*Thèse de Paris.*) — Kemp. Etiologie et traitement des positions transversales. (*Thèse de Berlin.*) — Kissinger. Pronostic de l'accouchement avec bassin étroit. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Mercier. Fœtus de 2 mois trouvé dans les membranes placentaires d'un enfant à terme atteint de pied-bot. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 664.) — Muret. Extraction d'un œuf de 2 mois ayant séjourné dans l'utérus 6 mois après la mort du fœtus. (*Ibid.*, XVI, p. 583.) — Crouzat. Mort rapide, 2 jours après l'accouchement, par méningite infectieuse à pneumocoques. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — Stone. Hydrocéphalie intra-utérine considérable, évacuation du liquide par le canal rachidien, délivrance facile de la tête. (*Med. News*, 6 mars.) — Spence. Travail retardé par lésion congénitale des reins. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Audebert. Deux cas de rupture du cordon due à une insertion vélamenteuse. (*J. méd. Bordeaux*, 15 nov. 1896.) — Meyer. Quelques cas de blessure intra-utérine du cordon. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 1.) — Lycett. Dystocie par brièveté du cordon. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Stieber. Accouchement prématuré provoqué, rétrécissement du bassin chez une femme scolio-rachitique et présentant de l'atrophie du membre inférieur à la suite de paralysie infantile. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — Norris. Le travail compliqué par la ventrofixation. (*Americ. j. of Obst.*, janv.) — Martin. Heureux résultats de l'emploi du préhenseur levier mensurateur de Farabeuf. (*Gaz. des hôp.*, 6 fév.) — Schwab. La mort du fœtus. (*Presse*

Digitized by Google

méd., 9 janv.) — De Lee. Craniotomie de l'enfant mort. (*Medicine*, fév.) — Pinard. De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque 1895-96. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Laden. De la symphyséotomie. (*Thèse de Lille.*) — Guillemet. Un cas de symphyséotomie. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 avril.) — Audebert. Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis de 8 1/2 à 9 1/2. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 7 mars.) — Davis. Pansement antiseptique du conduit génital après la délivrance opératoire. (*Ther. Gaz.*, 15 mars.) — Schwab. De l'action du sulfate de quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement. (*Méd. mod.*, 9 janv.) — Godson. Les antiseptiques, spécialement le sublimé, en obstétrique. (*Brit. med. j.*, 23 janv.)

Acromégalie. — Banks. Un cas d'acromégalie. (*Lancet*, 2 janv.) — Walker. Un cas d'acromégalie combinée avec gigantisme. (*J. Americ. med. Ass.*, 23 janv.) — D'Abundo. Deux cas d'acromégalie. (*Manicomio mod.*, XII, 2.) — Comini. Étude clinique et anatomo-pathologique de l'acromégalie. (*Arch. per. sc. med.*, XX, 4.) — Bocchi et Coggi. Un cas d'acromégalie. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — Brooks. Un cas d'acromégalie avec autopsie. (*N.-York med. j.*, 27 mars.) — Murray. Acromégalie avec goitre et goitre exophtalmique. (*Edinb. med. j.*, fév.) — Rathmell. Un cas d'acromégalie. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 mars.)

Actinomycose. — Crookshank. L'actinomycose et la maladie de Madura. (*Lancet*, 2 janv.) — Syms. Actinomycose. (*Ann. of surg.*, fév.) — Berger. Diagnostic différentiel dans l'actinomycose du maxillaire inférieur. (*L'Indépend. méd.*, 24 fév.) — Berchoud. Actinomycose cervico-faciale. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Démias. De l'actinomycose animale, en particulier dans la région lyonnaise. (*Thèse de Lyon.*) — Etiévant. Un nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire. (*Province méd.*, 1.) — Frarier. Actinomycose pulmonaire. (*Lyon méd.*, 14 fév.) — Thollon. Du sarcome actinomycosique forme cervico-faciale. (*Thèse de Lyon.*) — Briau. Actinomycose temporo-maxillaire gauche, à forme chronique, remontant à 5 ans, homme de 25 ans, début par du trismus. (*Lyon méd.*, 24 janv.) — West. Actinomycose de la plèvre et du thorax. (*London pathol. Soc.*, 6 avril.) — Babes et Levaditi. Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberculose. (*Acad. des Sc.*, 5 avril.) — Dor. Pseudo-actinomycose. (*Lyon méd.*, 7 mars.) — Guignot. Des pseudo-actinomycoses, nouvelle mycose à grains jaunes. (*Thèse de Lyon.*) — Gluck. Tumeur actinomycosique de la mâchoire, de la parotide et des parties molles voisines. Désarticulation de la branche droite du maxillaire inférieur, extirpation de la parotide et ligature de la carotide externe. Guérison depuis 1 an 1/2. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1054, 23 nov. 1896.) — Gangolphe. Actinomycose de l'appendice iléo-cœcal. (*Lyon méd.*, 10 janv.) — Hinglais. Sur l'actinomycose de l'appendice iléo-cœcal. (*Thèse de Lyon.*) — Smith. Un cas d'actinomycose traité par KI. (*Lancet*, 13 mars.)

Addison (Mal. d'). — Boinet. Recherches expérimentales sur la pathogénie de la maladie d'Addison. (*Rev. de méd.*, fév.) — Schmitz. Mélanoplasie de la muqueuse buccale et maladie d'Addison. (*Thèse de Bonn.*) — Setti. Les échanges organiques dans la maladie d'Addison. (*Riv. veneta sc. med.*, 28 fév.) — Bramwell. La maladie d'Addison. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Ruelle. Un cas de maladie d'Addison. (*Centre méd.*, 1er janv.) — Françon. Acanthosis nigricans ou maladie d'Addison. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 301.)

Digitized by Google

Air. — HALDANE. Recherche et dosage de CO^2 dans l'air. (*J. of phys.*, XX, p. 521.) — CHRÉTIEN. De l'emploi thérapeutique des bains locaux d'air sec chaud. Appareil Ballerman-Sheffield. (*Presse méd.*, 26 déc.)

Albumine. — DISSMANN. Recherches sur les albumines non digérées dans les fèces. (*Thèse de Bonn.*) — SOLOMON. Albumine dans l'urine. (*N.-York med. j.*, 13 fév.) — GEORGES. Sur une variété d'albumine urinaire. (*J. de pharm.*, 1er avril.) — BOURCEAU. Un nouveau réactif des albumines urinaires. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — STEIN. L'acide sulfo-salicylique réactif de l'albumine. (*Med. Record*, 16 janv.) — COISCOU. Considérations relatives aux règles pronostiques de l'albuminurie. (*Thèse de Paris.*) — GUÉPIN. A propos du traitement de certaines formes d'albuminurie par le débridement de la capsule rénale et la ponction du rein. (*France méd.*, 26 mars.) — ALLBUTT. Albuminurie dans la grossesse. (*Lancet*, 27 fév.) — DRAGE. L'albuminurie dans la grossesse. (*Ibid.*, 27 mars.) — LANNOIS. Influence de la mort du fœtus sur l'albuminurie de la grossesse. (*Lyon méd.*, 10 janv.) — BLONDEAU. Albuminurie des multipares. (*Thèse de Paris.*)

Alcool, isme. — ROQUES. Sur la composition des eaux-de-vie. (*J. de pharm.*, 15 janv.) — PICAUD. Sur la toxicité des alcools. (*Acad. des Sc.*, 12 avril.) — BORDAS et DE RACZKOWSKI. Sur le dosage de l'alcool éthylique. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — E. RIEGLER. Dosage de l'alcool et de l'extrait dans le vin par la méthode optique. (*Zeitschr. f. analyt. Chem.*, XXXV.) — STUTZER et MAUL. Dosage de l'alcool employé dans les esprits fins. (*Ibid.*, XXXV.) — COLLA. La question de l'alcool. (*Ther. Mon.*, janv.) — CAMESCASSE. L'alcoolisme et le monopole de l'alcool. (*J. des Praticiens*, 2 janv.) — BRUNON. Les progrès de l'alcoolisme en France. (*Gaz. des hôp.*, 22 avril.) — SHORT. Les formes cliniques de l'alcoolisme aigu et chronique. (*Birmingham med. Review*, mars.) — RANSOHOFF. Des illusions de la mémoire dans les paralysies alcooliques. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 6.) — COUSIN. Alcoolisme, pachyméningite hémorragique. (*Loire méd.*, 15 fév.) — BRETON. Intoxication alcoolique accidentelle et transitoire chez une enfant de 2 ans. (*Revue mens. mal. de l'enfance*, fév.) — KORN. Intoxication aiguë par l'alcool chez un enfant. (*Ther. Mon.*, janv.) — HUBER. Alcoolisme aigu et traumatisme. (*Med. Record*, 20 fév.) — BURRALL. Le traitement de l'alcoolisme par la suggestion. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 fév.) — MARANDON DE MONTYEL. La thérapeutique de l'alcoolisme par l'internement prolongé des buveurs. (*Rev. de méd.*, janv.)

Allaitement. — BUDIN. Troubles survenus chez les nourrices, retentissement immédiat sur les nourrissons. (*J. de clin. inf.*, 18 fév.) — BUÉ. Maladies infectieuses et allaitement. (*Nord méd.*, 15 avril.) — CARRIÈRE. Des causes de l'incapacité maternelle. (*Thèse de Paris.*) — HÉRY. Sur l'allaitement des nouveau-nés. (*Ibid.*) — MONEY. Troubles de la lactation, leur traitement. (*Austral. med. Gaz.*, 20 janv.)

Aliénation. — DE MONTYEL. La loi sur les aliénés. (*Gaz. des hôp.*, 16 fév.) — LYON. Nouvelle loi sur les aliénés. (*N.-York med. j.*, 10 avril.) — O'CONNELL. Étude médico-légale de l'aliénation. (*Med. News*, 10 avril.) — DE MONTYEL. Les visites des familles dans les asiles d'aliénés. (*Rev. de neurol.*, fév.) — TURNER. Quelques apparences indiquant la phagocytose dans le cerveau des aliénés. (*J. of mental sc.*, janv.) — GIUFFRIDO-RUGGERI. Du chevauchement des arcades dentaires et de la profatnie inférieure. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 196.) — PITCAIRN. Le diagnostic de l'aliénation dans les prisons. (*J. of mental. sc.*, janv.) — LOMBROSO. Sur les rides chez

Digitized by Google

les aliénés et les crétins en rapport avec une anomalie du cuir chevelu. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, janv.) — PELLEGRINI. Signification pathogène des substances toxiques de l'urine des aliénés. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 114.) — KORNFELD. De l'auto-infection mentale. (*J. of mental sc.*, janv.) — ELLIS. L'affection mentale des Malais. (*Ibid.*, janv.) — WILSON. Complications mentales consécutives aux opérations. (*Med. News*, 9 janv.) — SIMPSON. De la folie post-opératoire. (*J. of mental sc.*, janv.) — A. VOISIN. Délire de persécution, kyste dermoïde de l'ovaire, laparotomie, disparition des troubles mentaux. (*J. de méd. Paris*, 17 mars.) — GOODNER. Rapports de la masturbation avec l'aliénation. (*Med. News*, 27 fév.) — MARRO. Rapports entre la puberté, la délinquance et la folie. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — SÉGLAS. La confusion mentale. (*Presse méd.*, 17 mars.) — PATTERSON. Stupeur mentale prolongée suivie de guérison. (*J. of mental. sc.*, janv.) — PROUVOST. Le délire prophétique. (*J. médic. Bordeaux*, 24 janv.) — HEARDER. Mélancolie avec lipome. (*J. of mental sc.*, janv.) — PARANT. Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er fév.) — SALGO. De la paranoia et de la débilité mentale. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LIII, 6.) — DONATI. Un cas de vagabondage mystique. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 160.) — TATY et TOY. Des variétés cliniques du délire de persécution. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — PAILHAS. Des idées de richesse et de grandeur chez les émigrés aliénés. (*Ibid.*) — LAUPTS. Un genre de suicide, le suicide sans motifs, mélancolie intermittente bénigne. (*Ibid.*, janv.) — BERNSTEIN. Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés. (*Ibid.*) — KOVALEVSKY. La folie à deux. (*J. de méd. Paris*, 3 janv.) — TUKE. Obs. d'aliénation. (*Edinb. med. j.*, avril.) — PRINCE. Un cas d'idée impérative (impulsion homicide) chez un neurasthénique sans tare héréditaire. (*Boston med. Journ.*, 21 janv.) — COE. Le traitement des aliénés dans la pratique privée. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 mars.) — ROBERTSON. Traitement des maladies mentales et nerveuses par les sucs organiques. (*Ther. Woch.*, 17 janv.) — BLAISDELL. Ablation des ovaires dans la démence. (*Med. Record*, 20 fév.) — TOMASINI. L'action de la scopolamine chez les aliénés. (*Riforma med.*, 17 janv.)

Alimentation. — SELEZNIEW et KOUPAREW. Sur les propriétés du pain du soldat. (*Vratch*, 6 fév.) — SCHWARTZ. Avantages du lait de chèvre non bouilli dans l'alimentation des nourrissons. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 1083.) — SOKOLOW. Modifications de la méthode de Henneberg Hohlmann pour le dosage de la cellulose dans la farine. (*Vratch*, 2 janv.) — A. STUTZER. Dosage de la gélatine dans les extraits de viande et les peptones commerciales. (*Zeitschr. f. analyt. Chem.*, XXXIV.) — OPPLER. Des préparations nutritives, en particulier de la nutrose. (*Therap. Mon.*, avril.) — PICARD. Dyspnée toxique d'origine alimentaire. (*Thèse de Paris.*)

Amputation. — COLLINS. Statistique d'amputations à Tempérance-Hospital, 75 grandes amputations, 1 mort. (*Lancet*, 9 janv.) — PITRES. Étude sur les sensations illusoires des amputés. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — BOWKER. Sarcome de l'épaule, amputation interscapulo-thoracique. (*Australas. med. Gaz.*, 20 janv.) — COUSIN. Résection complète de l'omoplate pour panostéite tuberculeuse. (*Province méd.*, 39, 1896.) — CLARK. Récidive de sarcome après amputation de l'épaule et de l'omoplate. (*Glasgow med. j.*, janv.) — J.-L. REVERDIN. Désarticulation de l'épaule pour épithélioma du poignet et de la partie inférieure de l'avant-bras gauche, avec lymphangite épithéliomateuse et envahissement des ganglions axillaires, chez un homme de 72 ans. (*Revue médic. Suisse romande*, XVI, p. 685.) — STERN. Désarticulation d'une phalange avec ostéoplastie. (*Cent. f. Chir.*, 13 fév.)

Digitized by Google

— Patteson. Un cas heureux de désarticulation de la hanche. (*Dublin Journ.*, janv.) — L. Coronat. La désarticulation coxo-fémorale. (*Arch. de méd.*, fév.) — Holt. Amputation à l'âge moyen pour albuminurie, suite de tuberculose du genou, guérison. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — Vénot et Lafarelle. Double désarticulation du genou chez un hémimélien. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — Pourtier. De quelques particularités que présentent les résultats éloignés des amputations de cuisse et de jambe. (*Thèse de Paris.*) — Rioblanc. Amputations de Lisfranc et de Pasquier-Le Fort. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — Dranitzyne. Prothèse simple dans l'amputation basse de la jambe. (*Vratch*, 16 janv.) — Faure. Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied. (*Presse méd.*, 13 fév.)

Amygdale. — Somers. Étude de l'amygdale linguale. (*Laryngoscope*, mars.) — Broquet. Un cas d'amygdalite ulcéreuse aiguë. (*J. méd. Bordeaux*, 3 janv.) — Hollick. Amygdalite et glossite aiguës suivies de méningite tuberculeuse simulant l'hystérie. (*Brit. med. j.*, 10 avril.) — O'Donnell. Amygdalite rhumatismale avec péricardite sans arthrite. (*Ibid.*, 2 janv.) — Pakes. Le bacille de Friedlaender dans la pharyngite et l'amygdalite. (*Ibid.*, 20 mars.) — Taylor. Amygdalite folliculaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 6 fév.) — Tichoutkine. Cas d'intoxication mortelle par les toxines microbiennes d'origine amygdalienne. (*Vratch*, 20 fév.) — Monari. Des abcès intra et péri-amygdaliens. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XV, p. 49.) — Ripault. Fistule du voile consécutive à une périamygdalite chronique. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Milbury. Mycosis des amygdales et des parties voisines. (*Med. News*, 20 fév.) — Ricci. Les lésions syphilitiques de l'amygdale. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 janv.) — Jullien. Chancres bilatéraux des amygdales. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 275.) — Holz. Chancre de l'amygdale. (*Soc. méd. Berlin*, 31 mars.) — Charmeil. Gomme syphilitique de l'amygdale. (*Nord méd.*, 1er avril.) — Charmeil et Goudier. Gomme syphilitique de l'amygdale et du pharynx. (*Écho méd. du Nord*, 11 avril.) — Alberto. Des manifestations syphilitiques sur l'amygdale linguale. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino*, janv. — Magnan. De l'hypertrophie des amygdales. (*Rev. hebd. de lar.*, 13 mars.) — Lévy. Technique et indications du traitement de l'hypertrophie des amygdales. (*J. de méd. Paris*, 31 janv.) — Ardenne. Tumeurs bénignes de l'amygdale. (*Rev. hebd. de lar.*, 20 fév.) — Wright. Angiome de l'amygdale linguale. (*N. York Acad. of med.*, 24 fév.) — Quincan. Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale. (*Ibid.*) — Heaton. Ablation de l'amygdale pour tumeur maligne. (*Brit. med. j.*, 9 janv. p. 83.) — Newman. Le traitement chirurgical des affections malignes de l'amygdale. (*Ibid.*, 2 janv.) — Pynchon. Instruments pour l'amygdalotomie par dissection avec l'électrocautère. (*Laryngoscope*, fév.)

Anatomie. — Metnikoff-Rasvedenkoff. Sur une nouvelle méthode de préparation des pièces anatomiques. (*Acad. des sc.*, 1er fév.) — Strelzoldt et Pilliet. Conservation des pièces anatomiques par l'aldéhyde formique. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Pilliet. Sur la conservation des pièces anatomiques et histologiques par le procédé de Metnikoff. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — Haslam. Importance de l'étude de l'anatomie. (*Birmingham med. rev.*, janv.) — Dolitzyne. Sur l'enseignement d'anatomie normale dans quelques universités russes et étrangères. (*Vratch*, 13 fév.) — Bouchard. Détermination de la surface, de la corpulence et de la composition chimique du corps de l'homme. (*Acad. des sc.*, 20 avrll.) — Lister. Valeur des recherches pathologiques. (*Brit. med. j.*, 6 fév.)

Anesthésie. — Abbot. La chirurgie avant les anesthésiques. (*Boston med.*

Digitized by Google

Journ., 7 janv.) — GALLOUPE. Expériences personnelles sur l'anesthésie. (*Ibid.*, 7 janv.) — WHEELER. Un incident sur l'histoire primitive de l'introduction de l'éther comme anesthésique. (*Ibid.*, 7 janv.) — INGALLS. La chirurgie avant les anesthésiques. (*Ibid.*, 7 janv.) — MARKOE. Idem. (*Ibid.*, 7 janv.) — BENIN. Expériences personnelles sur l'anesthésie. (*Ibid.*, 7 janv.) — LUCAS. Question relative aux anesthésiques. (*Lancet*, 20 fév.) — WOOD et CARTER. Recherches sur l'anesthésie. (*J. of exper. med.*, II, p. 131.) — BUCHANAN. Le jubilé de l'anesthésie. (*Edinb. med. j.*, janv.) — SIMPSON. Jubilé de l'anesthésie obstétricale. (*Glasgow med. j.*, mars.) — HUGNET. La chloroformisation. (*Le Centre méd.*, 1er mars.) — HARE. Notes sur le chloroforme. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — VIDAL. Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme. (*Thèse de Paris.*) — BARON. Étude psychologique de l'anesthésie par l'éther avec quelques considérations médico-légales. (*Thèse de Lyon.*) — SCHLÖSS. Influence de l'anesthésie à l'éther sur les ganglions automatiques du cœur. (*Thèse de St-Pétersb.*) — ALLEN. Effets de l'anesthésie sur la température et la pression sanguine. (*Amer. j. of med. sc.*, mars.) — LEGRAIN. Action de l'éther et du chloroforme sur le rein. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — HILL. Causes de la syncope chloroformique. (*Brit. med. j.*, 17 avril.) — GARRIGUES. Paralysie, suite d'anesthésie. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — SILK. Un point sur l'anesthésie, la pneumonie après les opérations. (*Lancet*, 20 mars.) — SANTOS FERNANDEZ. Les injections sous-conjonctivales de cocaïne en oculistique opératoire. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — ROBINSON. La méthode de l'anesthésie par infiltration; sa technique et ses avantages. (*Med. Record*, 9 janv.) — CARTER. L'eucaïne comme anesthésique local. (*Clin. Recorder*, 4 oct.) — HORNE et YEARSLEY. L'eucaïne comme anesthésique local dans les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — DENEFFE. L'eucaïne en ophtalmologie. (*Le Scalpel*, 13 sept.) — ZWILLINGER. L'eucaïne en otorhinologie. (*Pester med. Presse*, 1er nov.) — FULLER. L'eucaïne dans la petite chirurgie. (*Int. j. of surg.*, sept.) — WOSSIDLO. L'eucaïne comme anesthésique local de l'urètre et de la vessie. (*Cent. f. Krankh. des harn. und sex. organe*, VIII, 2.) — MARCUS. L'anesthésie par l'électro-gaïacol. (*Deut. med. Woch.*, 4 mars.) — HERNETTE. L'eucaïne, son action physiologique, de son emploi comme anesthésique local en chirurgie. (*Thèse de Paris.*)

Anévrisme. — HORROCKS. Anévrisme aigu, embolie des artères iliaques, paraplégie. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — SCHMEY. Anévrismes aigus et spontanés se produisant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 31 mars.) — BECKER. De l'anévrisme artério-veineux. (*Thèse de Halle.*) — BERNOUD. Anévrisme du cœur. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — KAYSERLING et HUBER. 1° Anévrisme de la branche horizontale de l'artère coronaire du cœur droit avec anévrisme du sinus de Valsalva, pneumonie du lobe supérieur droit et infarctus hémorragiques ; 2° Anévrisme de l'aorte abdominale au niveau de la 5e vertèbre dorsale pris pour une thrombose. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1058, 23 nov. 1896.) — LITTEN et REMAK. Anévrisme de l'aorte ascendante, comprimant l'oreillette droite et obturant la veine cave inférieure. Circulation complémentaire effective par 6 séries parallèles de veines flexueuses s'étendant de l'arcade fémorale au sternum et aux côtes. (*Ibid.*, p. 1058, 23 nov. 1896.) — CHAILLOUS. Rupture d'un anévrisme de l'aorte thoracique dans la plèvre. (*Soc. anat. Paris*, 26 fév.) — MARONE. L'anévrisme traumatique de l'aorte. (*Riforma med.*, 9 fév.) — SHOBER. Anévrisme thoracique. (*Amer. j. of med. sc.*, fév.) — HERVÉ. Anévrisme de l'aorte ascendante. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.) — MORLOT. Anévrisme de la crosse de l'aorte. (*Bourgogne méd.*, mars.) — BOINET et VILLARD. Ané-

Digitized by Google

vrisme artério-veineux de la crosse de l'aorte et de la veine cave supérieure diagnostiqué pendant la vie et vérifié à l'autopsie. (*Rev. de méd.*, fév.) — Hervé. Anévrisme de l'aorte descendante ouvert dans la plèvre. (*J. méd. Bordeaux*, 21 mars.) — Luys. Anévrisme de l'aorte thoracique et abdominale, rupture dans la plèvre gauche. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — Fraenkel. Pathologie et traitement des anévrismes aortiques. (*Deut. med. Woch.*, 4 fév.) — Maclaren. Anévrisme intracranien traité par la ligature de la carotide primitive. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Bide. Exophtalmos pulsatile de l'œil droit par blessure probable de la carotide interne dans le sinus caverneux, ligature de la carotide primitive, guérison avec un léger degré d'exorbitis. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 111.) — Roux de Brignolles. Anévrisme cirsoïde de la région temporale traité par l'extirpation unie à la ligature de la carotide externe. (*Ibid.*, XXIII, p. 36.) — Bernard. Des anévrismes de l'artère hépatique. (*Thèse de Paris.*) — Croly. Ligature de la seconde portion de la sous-clavière pour anévrisme. (*London clin. Soc.*, 22 janv.) — Heurton. Anévrisme gauche axillaire sous-clavier guéri par la ligature de la sous-clavière. (*Brit. med. j.*, 20 mars.) — Mauclaire. Anévrisme de l'artère cubitale dans sa portion carpo-métacarpienne. (*Soc. anat. Paris*, 19 fév.) — Schwartz. Anévrisme inguinal, extirpation. (*Presse méd.*, 27 mars.) — Pasteau. Anévrismes multiples des artères iliaques. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Hartmann. Anévrisme faux primitif de la partie supérieure de la jambe et de la moitié inférieure du creux poplité, incision, tamponnement du sac, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 44.) — Dandridge. Ligature transpéritonéale de l'iliaque externe pour anévrisme fémoral, avec dissection consécutive du sac. (*Med. News*, 3 avril.) — Baumler. Le traitement des anévrismes par l'acupuncture de Mac Ewen. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 sept. 1896.)

Angine. — Apolant. Apparition simultanée d'angine et de périlyphlite. (*Ther. Mon.*, fév.) — Cassedebat. Des angines couenneuses non diphtériques. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Dufaud. De l'emploi du sulfate de cuivre comme moyen de traitement de l'angine herpétique pure et son application au diagnostic différentiel des angines herpétiques confirmées. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Fenwick. Angine de Ludwig dans le stade aigu de la syphilis. (*Lancet*, 27 fév.) — Ombredanne et Keim. Angine de Ludwig. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — Heinemann. Angine de poitrine. (*Med. News*, 9 janv.) — Bradbury. Angine de poitrine traitée par le tétranitrate d'érythrol. (*Brit. med. j.*, 10 avril.)

Angiome. — Juvanon. Des angiomes parostaux et périostiques. (*Thèse de Lyon.*) — Martin. Traitement des angiomes par l'électrolyse. (*Rev. médic. Suisse romande*, nov. 1896.)

Anomalie. — Conti. 2 cas d'inversion totale des viscères. (*Gaz. d. Osped.*, 11 avril.) — Caton. Transposition complète des viscères. (*J. of anat.*, avril.) — Wynkoop. Quelques anomalies des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras. (*Med. Record*, 20 fév.) — H. Settegart. Anomalies et monstruosités congénitales : 1° sillon constricteur du bras droit chez une fille de 20 ans ; 2° syndactylie avec atrophie du membre supérieur chez un garçon de 10 ans ; 3° opération de syndactylie suivie de développement gigantesque des doigts chez un garçon de 10 ans ; 4° gros orteil géant récidivant malgré la désarticulation d'une phalange, chez un garçon de 4 ans ; 5° état rudimentaire du fémur et de la rotule chez une fille de 10 ans. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1007, 9 nov. 1896.)

Anthrax. — Vaughan, Mc Clintock et Perkins. Traitement de l'anthrax chez

Digitized by Google

le lapin par l'injection intraveineuse d'acide nucléinique. (*Trans. Ass. Amer. phys.*, XI, p. 72.)

Antisepsie. — Lilienthal. Valeur clinique des antiseptiques internes et externes. (*N. York méd. j.*, 17 oct. 1896.)

Anus. — Stuart et Bierwirth. Anus imperforé, colotomie inguinale. (*Med. News*, 30 janv.) — Martin. Abouchement du rectum dans la vulve chez une fillette de cinq semaines. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Moulonguet. Anus contre nature, résection du rectum. (*Gaz. méd. Picardie*, janv.) — Petit. Traitement de l'anus vulvaire congénital par la transplantation périnéale. (*Semaine gynéc.*, 23 mars, et *J. de méd. Paris*, 25 avril.) — Jung. Cancer de l'anus et du périnée. (*Thèse de Fribourg.*)

Aorte. — Suter. Sur la théorie de l'hypoplasie congénitale de l'aorte. (*Soc. méd. Bâle*, 29 janv.) — Shaw. Une aorte à deux crosses. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 mars.)

Appareil. — Merget. Nouvelle aiguille à chas automobile. (*Gaz. des hôp.*, 9 fév.) — Krukenberg. Appareil pour raideurs des doigts. (*Zeitschrf. f. orthop. Chirurg.*, IV.) — Vanhersecke. A propos d'un nouvel appareil pour la fracture de la rotule. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.)

Artère. — Barbieri. L'innervation des artères et des capillaires. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Funke. Anomalie de l'artère linguale. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 323.) — Tonkow. Sur les artères nourricières des nerfs et des plexus nerveux chez l'homme. (*Vratch*, 2 janv.) — Young. Anomalies de l'artère sacrée moyenne. (*J. of anat.*, janv.) — Savill. 2 cas d'hypermyotrophie artérielle idiopathique. (*Brit. med. j.*, 23 janv.) — Gourçon. Vertige des artério-scléreux. (*Thèse de Paris.*) — Weber. Du point de côté chez les artério-scléreux. (*L'Abeille méd.*, 20 fév.) — Grœdel. Bains et gymnastique dans l'artério-sclérose. (*Lancet*, 17 avril.) — Ross. Blessure de l'arcade palmaire, ligature de l'artère humérale. (*Ibid.*, 20 mars.) — Turner. Plaies des artères plantaires internes et externes. (*Ibid.*, 28 nov. 1896.) — Bondriet. Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites (*Thèse de Lyon.*)

Articulations. — Wilmart. Du mécanisme de l'articulation du coude. (*La Clin. belge*, 14 janv.) — Schnitzler. Arthrites multiples se manifestant pendant la résorption d'un hématome intrarticulaire. (*Wien. klin. Rundschau*, 3 janv.) — Zolotavine. L'acide lactique dans un cas d'arthrite douloureuse. (*Vratch*, 17 avril.) — Gibney. Le traitement par l'air sec surchauffé des raideurs et des douleurs articulaires. (*Med. Record*, 23 janv.) — Kölliker. Deux cas de duplicité traumatique de l'articulation scapulo-humérale. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 oct. 1896.) — Tubby. Entorses et leur traitement.(*Practitioner*, avril.) — Féré. Note sur des entorses symptomatiques, entorse par hypotonie. (*Rev. de chir.*, janv.) — Rabuson. Des tumeurs blanches consécutives aux tubercules des parties molles juxta-synoviales. (*Thèse de Lyon.*) — Pechin. Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intraarticulaires. (*Thèse de Paris.*) — Siebert. De l'arthrodèse de l'articulation acromio-claviculaire. (*Thèse de Berlin.*) — Duplay. Sur une forme particulière d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, carie sèche. (*Semaine méd.*, 10 mars.) — Kreis. Des attitudes vicieuses dans la coxalgie. (*Thèse de Paris.*)—Claisse. Diagnostic et traitement de la sacro-coxalgie. (*J. des Praticiens*, 6 fév.) — Claisse.

Digitized by Google

De la sacro-coxalgie et son traitement. (*L'Abeille méd.*, 6 mars.) — Bégouin. Ankylose de la hanche en position vicieuse. Ostéotomie. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — Mayo. Les affections septiques de l'articulation du genou. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 mars.) — Zehnder. De la scoliose du col fémoral. (*Cent. f. Chir.*, 6 mars.) — Guinard. Arthrite déformante du genou droit, fracture ancienne de la diaphyse fémorale du même côté. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — Walther. Arthrite tuberculeuse du genou et méthode sclérogène. (*Semaine méd.*, 24 mars.) — Robinson. Quelques formes rares de tuberculose du genou. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIV, p. 151.) — Kellock. Les déplacements qui surviennent dans la tuberculose du genou chez l'enfant. (*Ibid.*, p. 163.) — Niehans. Technique de l'arthrotomie, de l'arthrectomie et de la résection du genou. (*Cent. f. Chir.*, 24 avril.) — Gérard. De la disparition de la difformité par la flexion dans le genu valgum. (*Rev. d'orthop.*, mars.) — Guelliot. De l'arthrodèse tibio-tarsienne comme complément de l'amputation de Chopart. (*Union méd. Nord-Est*, 30 janv.)

Asphyxie. — Delobel. Asphyxie par CO, rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue. (*Tribune méd.*, 24 fév.) — Noir. Rappel à la vie d'un enfant né en état de mort apparente après 2 h. 1/2 de tractions rythmées de la langue. (*Ibid.*, 3 mars.) — Haubold. Expériences sur la méthode de Laborde contre l'asphyxie. (*N. York med. j.*, 23 janv.) — Wolfram. De la résurrection des nouveau-nés en état d'asphyxie. (*Cent. f. Gyn.*, 6 mars.) — Meyer. Rappel à la vie des nouveau-nés asphyxiés. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er nov. 1896.) — Tirelli. Sur la toxicité du sang dans les asphyxies. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 335.)

Asthme. — Kuss. Une nouvelle théorie de l'asthme. (*Thèse de Paris.*) — Bruegelmann. La nature et le traitement de l'asthme. (*Therap. Mon.*, fév.) — J. Boas. De l'asthme dyspeptique. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 sept. 1896.) — Steinhoff. Du traitement de l'asthme. (*Ibid.*, 21 sept. 1896.)

Auscultation. — Monges. Le phonendoscope. (*N. York med. j.*, 9 janv.) — Fischer. Du phonendoscope. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er déc. 1896.) — Egger. Du phonendoscope. (*Ibid.*, 15 déc.) — Knapp. Expériences sur l'emploi obstétrical du phonendoscope. (*Prag. med. Wochn.*, 46, 1896.) — Gray. Recherches sur quelques principes d'auscultation. (*J. of anat.*, avril.) — Piazza-Martini. Le bruit de gémissement à la région sous-scapulaire gauche. (*Riforma med.*, 18 janv.)

Avortement. — Sutton. Un cas anormal d'avortement tubaire. (*Lancet*, 13 fév.) — Charles. De l'avortement médical, mesures législatives. (*Semaine gyn.*, 2 fév.) — Charpentier. De l'avortement habituel. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — Forman. De l'expulsion de l'œuf en bloc dans le dernier trimestre de la grossesse. (*Thèse de Paris.*) — Lemoine. De l'avortement criminel, étude historique sociale et médico-légale. (*Ibid.*) — Pincus. De la vaporisation dans le traitement de l'avortement putride. (*Cent. f. Gyn.*, 20 fév.)

Digitized by Google

B

Bactériologie. — MARPMANN. Etudes du laboratoire de bactériologie de Leipsig. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 274.) — BORDAS et JOULIN. Sur le développement des microorganismes sur le lacto-sérum artificiel. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — ARLOING. Distribution de la matière agglutinante des microbes dans le sang et quelques autres tumeurs de l'organisme. (*Ibid.*, 30 janv.)— PAKES et EYRE. Formaline comme préservatif des cultures bactériennes. (*J. of path. and bact.*, III, p. 418.) — DORSET. Formation de cristaux dans les cultures. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 473.) — MOLLER. Action des courants électriques sur les bactéries. (*Ibid.*, 2 *Abth.*, III, p. 110.) — DUBOIS. De l'action des courants de haute fréquence sur la virulence du streptocoque. (*Acad. des sc.*, 5 avril.) — J. TEISSIER et GUINARD. Influence de la diète et de l'inanition sur les effets de certaines toxines microbiennes. (*Ibid.*, 15 fév.) — MUSMECI. L'atténuation des virus et l'immunité en pathologie. (*Gaz. d. Osped.*, 28 mars.) — CHARRIN. Les toxines et le cœur. (*Soc. de biol.*, 7 nov. 1896.) — PÉRON. Nécroses partielles de la muqueuse gastro-intestinale par toxines microbiennes. (*Ibid.*, 20 mars.) — CHARRIN. Modifications cardiaques dues aux toxines, multiplicité des corps morbifiques. (*Ibid.*, 10 mars.) — EHRLICH. L'action des antitoxines. (*Fortsch. d. Med.*, 15 janv.) — GRETHE. La germination des spores bactériques. (*Ibid.*) — THIRY. Du polychromisme bactérien, bacille et cladothrix polychromes, cristaux colorés. (*Arch. de phys.*, IX, p. 284.) — VEILLON et ZUBER. Sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle dans la pathologie humaine. (*Soc. de biol.*, 6 mars.) — J. TEISSIER et GUINARD. A propos des hémorragies gastro-intestinales graves et des effets vaso-dilatateurs produits par la pneumobacilline. (*Ibid.*, 13 fév.) — BORDAS. Sur la flore bactérienne du tube intestinal des huîtres. (*Ibid.*, 16 janv.) — ROBIN. Sur un nouveau milieu coloré pour la différenciation du colibacille et du bacille d'Eberth. (*Ibid.*, 16 janv.)—HUGOUNENQ et DOYON. Sur une fonction chimique commune au bacillus coli et au bacille d'Eberth. (*Ibid.*, 20 fév. et *Lyon méd.*, 14 fév.) — V. STREIT. Bactériologie des fèces. (*Thèse de Bonn.*) — BORCHI et BELLEI. Recherches sur la valeur pathogène du micrococcus tetragenus aureus. (*Boll. sc. med. Bologna*, VIII.) — BOUCHONIEW. Sur l'action pathogène du balantidium coli. (*Journ. de méd. milit. russe*, janv.) — AVETRANI. Valeur clinique des staphylocoques dans le sang. (*Gaz. d. Osped.*, 14 mars.) — REICHENBACH. De l'immunisation contre le staphylocoque doré. (*Thèse de Heidelberg.*) — GAILLARD. Etude chimique du proteus. (*Thèse de Paris.*) — GRIMBERT. Sur diverses variétés du bacille de Friedlaender isolées de l'eau. (*J. de pharm.*, 15 fév.) — GRUENBAUM. Le bacille du smegma, sa culture. (*Lancet*, 9 janv.) — FREUDENREICH. Etudes bactériologiques sur le kéfir. (*Cent. f. Bakt.*, 2 *Abth.*, III, p. 87.)

Bain. — NAVARRE. Pour les bains-douches populaires à Lyon. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — A. MAGGIORA et C. LEVY. Recherches sur l'action physiologique des bains de boues. (*Arch. f. Hyg.*, XXVI.) — POUVITZ. Action des bains chauds de boue du liman de Kadjibey sur l'échange azoté et l'assimilation de l'azote chez l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — KAUFMAN. Ac-

Digitized by Google

tion des bains à 38° R. du limon de Khadjibey sur l'échange azoté et l'assimilation de l'azote chez l'homme sain. (*Ibid.*)

Bassin. — Nagel. Anatomie du bassin de la femme. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 378.) — Klien. Mensuration des détroits du bassin. (*Cent. f. Gyn.*, 6 fév.) — Wolff. Opération pour la carie du bassin suite de coxalgie, désarticulation de la hanche avec résection du bassin. (*Cent. f. Chir.*, 20 fév.) — Hammerschmidt. 2 cas de bassin cyphotique. (*Thèse de Halle.*) — Jocet. Des collections séreuses pelviennes. (*Thèse de Paris.*)

Bec-de-lièvre. — Ayasse. Étude historique et critique des procédés de restauration du rebord alvéolaire dans le bec-de-lièvre compliqué. (*Thèse de Paris.*) — Kirmisson. Bec-de-lièvre double et compliqué de la lèvre supérieure, réfection de l'orifice de la narine droite au moyen du lobule médian. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 173.)

Beriberi. — Spencer. Sur le beriberi observé à l'hôpital des marins à Greenwich. (*Lancet*, 2 janv.) — Lasnet. Rapport sur le beriberi observé à la prison militaire de Dakar en 1895. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Biliaires (Voies). — Pfaff et Balch. Recherches sur les conditions qui influencent la sécrétion et la composition de la bile. (*J. of experim. med.*, II, p. 49.) — Levené. Influence de la phloridzine sur la bile et la lymphe. (*Ibid.*, p. 107.) — Stadelmann. Circulation de la bile. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 989, 2 nov. 1896.) — Dastre et Florescu. De la bilirubine. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — Dastre et Florescu. Étude de la bilirubine et de sa transformation en biliverdine. (*Arch. de phys.*, IX, p. 473.) — Clerz. Sur la cholestérine. (*Acad. des sc.*, 20 avril.) — Camus. Influence de la chaleur sur l'oxydation de la bile. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — Dastre. Idem. (*Ibid.*) — Wermel. Technique de la conservation de la bile dans les organes. (*Arch. russes de path.*, déc. 1896.) — Bickel. Action de la bile et des sels biliaires sur le système nerveux. (*Acad. des sc.*, 29 mars.) — Jardon. Du pouvoir antitoxique de la bile. (*Thèse de Lyon.*) — Robson. Leçons sur les maladies de la vésicule et des conduits biliaires. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Chauffard. Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire. (*Rev. de méd.*, fév.) — Nicolas. Lithiase biliaire et diabète. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — Adler. Cholélithiase sans ictère. (*N. York med. j.*, 27 fév.) — Ramond et Farjout. Angiocholécystite à bacille d'Eberth. (*Soc. de biol.*, 26 déc. 1896.) — Clay. Obstruction du pylore par suite de suppuration de la vésicule biliaire. (*Brit. med. j.*, 23 janv.) — Faure et Sirebey. Péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire au cours d'une grossesse. (*Gaz. hebd. Paris*, 31 janv.) — Pasteau. Volumineux calcul du canal cholédoque. (*Soc. anat. Paris*, 19 mars.) — Morison. Obs. de calculs biliaires. (*Scottish med. j.*, avril.) — Morlot. Calculs biliaires très volumineux expulsés spontanément. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Talmey. Un cas de calcul biliaire. (*N. York méd. j.*, 6 fév.) — Hotter. Autopsie d'un homme de 82 ans ayant subi quatre ans auparavant la cholécystotomie avec persistance d'une fistule biliaire; de selles décolorées et d'évacuation de graviers toutes les quatre semaines par la fistule; calcul plus gros qu'une noix dans le cholédoque et quantité de graviers dans les canaux biliaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 nov. 1896.) — Terrier et Auvray. Les traumatismes du foie et des voies biliaires. (*Rev. de chir.*, janv.) — Marey. Obstruction du canal biliaire. (*Ann. of surg.*, janv.) — Claude. Calcification de la vésicule biliaire. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.) — Rolleston. Affections malignes de la vésicule et des canaux biliaires. (*Clinical*

Digitized by Google

journ., 7 avril.) — FUTTERER. Cancer primitif de la vésicule biliaire. (*Médicine*, mars.) — BLANC et LERAY. Cancer primitif de la vésicule biliaire, propagation au foie, à l'épiploon et au côlon, suppuration des noyaux néoplasiques. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.)

Blennorragie. — VALERIO. Observations cliniques sur le processus blennorragique. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, 21.) — STEINSCHNEIDER. La différenciation des gonocoques. (*Wiener med. Woch.*, 27 mars.) — TOUTON. De la provocation de la blennorragie latente. (*Cent. f. Gyn.*, 16 janv.) — RONA. Genèse des canaux para-urétraux au point de vue de la blennorragie. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 27.) — CHRISTIAN. La durée de la blennorragie aiguë traitée. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — ROBERT. Des troubles trophiques cutanés dans la blennorragie. (*Thèse de Paris.*) — DE QUERVAIN. Abcès sous-diaphragmatique avec épanchement pleurétique dans le cours d'une blennorragie; stérilité du pus; homme de 40 ans. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 498.) — WANDLESS. Un cas d'ophtalmie blennorragique. (*J. Americ. méd. Ass.*, 23 janv.) — SMITH. Un cas d'ophtalmie blennorragique traitée par l'argonine. (*Ibid.*, 10 avril.) — HANSTEEN. Suppuration des ganglions inguinaux dans la blennorragie. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 393.) — GRIFFON. Synovite blennorragique préurétritique. (*Presse méd.*, 13 janv.)—MONCORVO. Sur un nouveau cas d'arthro-synovite blennorragique dans l'enfance. (*J. de clin. inf.*, 7 janv.) — WEISS et KLINGELHOEFFER. Arthrite suite de conjonctivite blennorragique. (*Klin. Mon. f. Aug.*, mars.) — LIARAS et HOBBS. Hyperostose blennorragique du calcanéum. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.) — MÉJIA. Un cas de péritonite blennorragique chez un enfant. (*Thèse de Paris.*) — DOEDERLEIN. La vaginite blennorragique en cas d'absence de l'utérus. (*Mon. f. Geburts.*, janv.) — LEBEDEW. Blennorragie des organes génitaux de la femme et son influence sur leurs fonctions et sur l'état général. (*Vratch*, 16 janv.) — MARFAN. Causes et symptômes de la vulvo-vaginite blennorragique des petites filles. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 mars.) — OZENNE. 3 grossesses chez une femme atteinte d'endométrite blennorragique chronique. (*J. de méd. Paris*, 7 mars.) — GRIFFON. Rectite à gonocoques. (*Presse méd.*, 13 fév.) — OHLEMANN. Traitement de la blennorrée des nouveau-nés. (*Klin. Mon. f. Aug.*, fév.) — PAQUET. Diagnostic et traitement de l'urétrite blennorragique. (*Nord méd.*, 15 janv.) — SCHNEIDER. Le traitement de la gonorrée. (*Thèse de Berlin.*) — ANDRIANI. Traitement de la blennorragie urétrale par le sublimé. (*Riforma med.*, 30 janv.) — HOWLAND. Le traitement comparatif de la blennorragie par le permanganate de potasse, le permanganate de zinc, la formaline et le nitrate d'argent. (*Med. Record*, 3 avril.) — CHARPENTIER. Traitement méthodique de la blennorragie chez l'homme par les lavages urétraux avec la solution de permanganate de potasse. (*Gaz. des hôp.*, 14 janv.) — MOORE. Emploi du bleu de méthylène dans la gonorrée. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — HOROVITZ. Le traitement des complications blennorragiques. (*Cent. f. ges. Ther.*, fév.)

Bouche. — CHOMPRET. Hygiène de la bouche. (*Presse méd.*, 17 fév.) — MONTEFUSCO. La désinfection de la bouche. (*Giorn. int. sc. med.*, 28 fév.) — FOSTER. Les affections de la cavité buccale comme facteurs importants dans les maladies générales. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — LEVI. De la stomatite aphteuse. (*Wiener med. Blätter*, 21 janv.) — COMBEMALE. Sur les ulcérations tuberculeuses de la cavité buccale. (*Echo méd. Nord*, 17 janv.) — WEILL. Traitement du noma. (*Méd. mod.*, 3 avril.) — DOP. Papillomes de la muqueuse buccale. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er fév.) — FRITEAU. Traitement de l'épulis. (*Gaz. méd. Paris*, 30 janv.) — TESKE. Du cancer de la

Digitized by Google

lèvre inférieure. (*Thèse de Greifswald.*) — Pfennings. Opérations de cancer des lèvres pratiquées à la clinique de Munich de 1885 à 1895. (*Thèse de Munich.*)

Bronche. — Doyon. Action de la pilocarpine sur le tonus des muscles bronchiques, influence suspensive du nerf vague sur le tonus. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — Nachod. De la bronchite fibrineuse aiguë chez l'enfant. (*Prager med. Woch.*, 21 janv.) — Lyon. Traitement des bronchites chroniques. (*Rev. de thérap. méd. chir.*, 15 janv.) — Bayeux et Audion. Adénopathie trachéo-bronchique, perforation de la bronche droite par un ganglion caséeux. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Bousquet. Broncho-pneumonie chez la mère et le fœtus. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.)

Brûlure. — Fraenkel et Spiegler. De l'étiologie de la mort par brûlure. (*Wiener med. Blätter*, 4 fév.) — Robert. Rapport sur l'emploi dans l'armée de la solution saturée d'acide picrique dans le traitement des brûlures, de l'hyperhydrose et des plaies superficielles. (*Arch. de méd. milit.*, mars.)

C

Cancer. — Roncali. Etat actuel de nos connaissances sur l'étiologie du cancer. (*Cent. f. Bakt., Erste Abth.*, XXI, p. 318.) — Stite. Les parasites du cancer. (*Scottish med. j.*, mars.) — Noel. Sur la topographie et la contagion du cancer. (*Thèse de Paris.*) — Nasmyth. Distribution du cancer en Ecosse. (*Scottish med. j.*, avril.) — Beatson. Valeur de la cachexie dans le diagnostic du cancer. (*Ibid.*, avril.) — Hayem. Sur un cas d'anémie cancéreuse. (*Méd. mod.*, 13 mars.) — Couillaud. La dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans dans ses relations avec la carcinose abdominale. (*Gaz. des hôp.*, 10 avril.) — Cortyl. Du cancer des fumeurs. (*Thèse de Paris.*) — Loveland. Un cas de cancer secondaire ayant envahi le foie, le sternum, les vertèbres avec paralysie par compression. (*Med. Record*, 23 janv.) — Kolisko. Des métastases cancéreuses dans la moelle des os. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mai 1896.) — Kalabin. Traitement du cancer par la chélidoine. (*Cent. f. Gyn.*, 20 mars.) — Davies. Traitement des tumeurs malignes par les toxines mixtes. (*Lancet*, 13 fév.)

Cartilage. — Foote. Les cartilages extrabranchiaux des élasmobranches. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 305.) — Vanverts. Enchondrome de la phalange et de la phalangine du petit doigt. (*Soc. anat. Paris*, 28 fév.)

Cellule. — V. Erlanger. Structure du protoplasma, des fuseaux kariokynétiques et du centrosome. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLIX, p. 309.) — D'Erlanger. Sur l'origine, le rôle et la structure du corpuscule central. (*Soc. de biol.*, 10 avril.) — Buscalioni. Recherches sur la multiplication nucléaire. (*Giorn. Accad. med. Torino*, janv.) — Metchnikoff. La phagocytose. (*Indépend. méd.*, 17 fév.) — Goldscheider et Flatau. Pathologie de la cellule. (*Fortsch. d. Med.*, 1er avril.) — Cornil. Considérations sur la patho-

Digitized by Google

logie cellulaire. (*Presse méd.*, 24 mars.) — De Nittis. Le renouveau de la pathologie cellulaire. (*Rev. gén. des sc.*, 28 fév.)

Cerveau. — Lugaro. Genèse des circonvolutions cérébrales et cérébelleuses. (*Riv. di patol. nervosa*, II, p. 97.) — Carlton. Le cerveau et les ganglions optiques de Leptodora hyalina. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 293.) — Lachi. Modèle schématique de la structure de l'axe cérébro-rachidien. (*Boll. Accad. med. Genova*, XI, 12.) — Gruetzner. Anatomie du chiasma optique. (*Deut. med. Woch.*, 1er janv.) — Dotto et Pusateri. Trajet des fibres du corps calleux et du psalterium. (*Riv. di patol. nervosa*, II, p. 64.) — Dejerine. Sur les fibres de projection et d'association des hémisphères cérébraux. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — Klinke. Les cellules des olives inférieures. (*Neurol. Cent.*, 1.) — Tissot et Contejean. Quelques points de la physiologie de l'encéphale. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Goldstein. Physiologie, pathologie et chirurgie du cerveau. (*Schmidt's Jahrb.*, CCLIII, 201.) — Cox. Nouveau procédé de localisation des lésions cérébrales. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — Bechterew. Le centre des crampes et le centre de la locomotion au niveau du pont de Varole. (*Neurol. Cent.*, 4.) — Broca et Richet. Effets que l'asphyxie et l'anémie du cerveau exercent sur l'excitabilité corticale. (*Soc. de biol.*, 6 fév.) — Valenti. Un cas de soudure des deux couches optiques. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — Mickle. Des formes anormales et atypiques du cerveau, leurs rapports avec l'état mental. (*J. of mental sc.*, janv. et avril.) — Castaigne. Tubercule volumineux développé en pleine substance cérébrale et occupant la région des noyaux gris de l'hémisphère droit. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Mirto. Dégénérescences secondaires cérébello-cérébrales à travers les pédoncules moyens et supérieurs. (*Arch. per le sc. med.*, XX, 4.) — Lépine. Cécité psychique des choses. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — Lannois. Aphasie sensorielle par cécité verbale sans surdité verbale. (*Ibid.*, 4 avril.) — Bramwell. Obs. d'aphasie. (*Lancet*, 20 mars.) — Cestan. Aphasie sensorielle. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — Levi. Lésion du centre de Broca sans aphasie chez une femme non gauchère. (*Riv. di patol. nervosa*, II, p. 72.) — Cousin. Un cas d'aphasie transitoire. (*Loire méd.*, 15 avril.) — Crocq. Des diverses variétés d'aphasie, un cas de cécité verbale corticale avec agraphie et aphasie motrice sus-corticale. (*J. de neurol.*, 5 avril.) — Onufrowicz. Etude de l'aphasie, (*J. of nerv. dis.*, fév.) — Remak. Un cas de mouvements combinés du bras droit dans l'aphasie. (*Neurol. Cent.*, 2.) — Elder. Agraphie avec centre graphique spécial. (*Scottish med. j.*, fév.) — Mantle. Aphasie motrice et sensorielle. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — Ranglaret. Un cas d'amnésie verbale. (*Le Centre méd.*, 1er mars.) — Féré. Amnésie rétroactive consécutive à un excès de travail physique. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — Manteuffel. Hémiplégie et hémianesthésie gauches avec hémianopsie homonyme latérale gauche. (*St-Petersb. med. Woch.*, 20 mars.) — Leroy. Hémiathétose atypique. (*Méd. mod.*, 27 fév.) — Martin et Latteux. Traumatisme, hémorragie cérébrale. (*Soc. anat. Paris*, 7 janv.) — Paschells. Les variétés de l'hémorragie cérébrale. (*Wiener klin. Woch.*, 8 avril.) — Brie. Un cas d'encéphalite hémorragique primitive aiguë. (*Neurol. Cent.*, 1.) — Mourawieff. 2 cas de polioencéphalite hémorragique aiguë supérieure. (*Ibid.*, 2.) — Waellnitz. De la polioencéphalite. (*Thèse de Tubingen.*) — — Putnam. Histoire de l'encéphalite aiguë non suppurée, un cas suite d'oreillons. (*J. of nerv. dis.*, janv.) — Guizzetti. Histogénie du ramollissement cérébral ischémique. (*Ach. per le sc. med.*, XXI, 1.) — Charon. Ramollissement cérébral intéressant le pied de la 3e circonvolution frontale et le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante gauche, paralysie du membre inférieur droit, parésie du membre supérieur droit, aphasie

Digitized by Google

prise pour de l'incohérence maniaque. (*Echo méd. Nord*, 28 fév.) — Tonnel et Raviart. Ramollissement limité au segment interne du noyau lenticulaire droit. (*Ibid.*, 4 avril.) — Charcot. Syndrome de Millard-Gubler. (*Méd. mod.*, 27 mars.) — Charcot. Le syndrome de Weber. (*Ibid.*, 10 fév.) — Dejerine. 2 cas de rigidité spasmodique congénitale, maladie de Little, suivis d'autopsie. (*Soc. de biol.*, 13 mars.) — Nonne. Thrombose des sinus cérébraux. (*Berl. klin. Woch.*, 30 nov. 1896.) — Willis. Abcès cérébral, symptômes anormaux. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — Paget. Faim vorace et soif intense dans les traumatismes ou maladies du cerveau. (*London clin. Soc.*, 12 fév.) — Spear. Un cas de blessure du cerveau par balle. (*Boston med. Journ.*, 4 mars.) — Cabot. Un cas de blessure du cerveau par balle. (*Ibid.*, 4 mars.) — Bunce. Balle localisée dans la zone motrice du cerveau et décelée par les rayons de Roentgen. (*Med. Record*, 17 avril.) — Schuster. Des tumeurs du cerveau. (*Thèse de Munich.*) — Smith. Tumeurs du cerveau. (*Scottish med. j.*, fév.) — Devic et Courmont. Sur un cas de gliome cérébral, œdème de la papille, hémiplégie gauche, automatisme ambulatoire, accès de sommeil, trépanation. (*Rev. de méd.*, avril.) — Rebensburg. Traitement chirurgical des tumeurs du cerveau. (*Thèse de Bonn.*) — Pick. Trépanation pour tubercule solitaire de la circonvolution centrale antérieure droite. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 989, 2 nov. 1896.) — Park. Traitement de l'hydrocéphalie, drainage par l'extrémité inférieure du canal rachidien. (*Med. News*, 3 avril.) — Gordon. Traitement d'un cas d'hydrocéphalie chez l'adulte par des opérations sus et sous-arachnoïdiennes. (*Lancet*, 9 janv.) — Claisse et Lévi. Etude histologique d'un cas d'hydrocéphalie interne. (*Soc. anat. Paris*, 19 mars.) — Brown. Encéphalocèle et action particulière du cerveau. (*N. York med. j.*, 13 mars.) — Duncan. Ablation d'un sarcome du cerveau. (*Glasgow med. j.*, avril.) — Wyman. Les abcès intracraniens. (*J. Americ. med. Ass.*, 23 janv.)

Cervelet. — Thomas. Le faisceau cérébelleux descendant. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Bruns. Fonctions du cervelet. (*Wiener klin. Rundschau*, 6 déc. 1896.) — Russell. Direction de la rotation dans les affections cérébelleuses. (*Brit. med. j.*, 10 avril.) — Pauly et Bonne. Maladie familiale à symptômes cérébello-médullaires. (*Rev. de méd.*, mars.) — Murri. Le diagnostic des tumeurs du cervelet. (*Lancet*, 30 janv.)

Césarienne (**Op.**). — Hirst. Technique de l'opération césarienne. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Allen. Opération césarienne. (*Ibid.*, mars.) — Ross. Opération césarienne pour fibrome obstruant le bassin. (*Ibid.*, fév.) — Gasiglio. Relation d'un cas d'opération césarienne (procédé de Porro) avec suites heureuses pour la mère et l'enfant. (*N. Montpellier méd.*, 20 fév.)— Magniaux. Opération de Porro chez une cancéreuse enceinte de 8 mois. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Spencer. 3 cas d'opération de Porro avec traitement intrapéritonéal du moignon. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVIII, p. 389.) — Pinard et Segond. Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme ayant un rétrécissement extrême du bassin. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Lwow. Sur la section césarienne dans le rétrécissement absolu du bassin avec issue favorable pour la mère et l'enfant. (*Vratch*, 9 janv.)

Champignon. — Wehmer. Recherches mycologiques. (*Cent. f. Bakt.*, 2 *Abth.*, III, p. 102.) — Tanret. Action du nitrate d'ammoniaque sur l'aspergillus niger. (*J. de pharm.*, 1er janv.) — Mc Winfield. Éruption de la muqueuse buccale, ressemblant au favus, produit par l'aspergillus niger. (*J. of cut.*

Digitized by Google

dis., janv.) — Létienne. De l'aspergillose. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — V. Dobrzynicki. Du leptothrix. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 225.) — Casagrandi. Sur les milieux de culture pour l'isolement des saccharomycètes. (*Riforma med.*, 19 janv.)

Chancre. — Kreeting. Des bubons virulents et du bacille du chancre mou. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 51.) — Iversenq. Adénopathie axillaire consécutive à des chancres simples d'inoculation de l'abdomen. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er fév.) — Moukhtar. Traitement du chancre par le gaïacol. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 219.) — Giovannini. La valeur du sublimé comme préservatif du chancre. (*Giorn. Acad. di medic. Torino*, déc. 1896.)

Charbon. — Hanna. Les toxines et antitoxines du charbon symptomatique. (*J. of path. and bact.*, III, p. 383.) — Phisalix. Causes de la diminution de résistance des carnassiers au charbon. (*Soc. de biol.*, 10 avril.)

Chimie. — Gautier et Arthus. Leçons de chimie biologique normale et pathologique. (2e édit., 826 p., *Paris.*) — Lafay. Modification aux méthodes d'analyse qualitative pour la recherche des bases. (*J. de pharm.*, 1er mars.)

Chirurgie. — Duplay. Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. (In-8°, 406 p., *Paris.*) — Pantaloni. Statistique des opérations pratiquées à Marseille en 1896. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 161.) — Heimann. Des opérations pratiquées en 1894 dans les hôpitaux prussiens. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, 223.)

Chlorose. — Simon. Étude de 31 cas de chlorose. (*Amer. j. of med. sc.*, avril.) — Biernacki. De la chlorose. (*Wiener. med. Woch.*, 20 fév.) — Hayem. La dyspepsie chlorotique, chlorose et gastropathies. (*Méd. mod.*, 7 avril.) — Klein. Traitement de la chlorose. (*Therap. Mon.*, avril.) — Barbier. Revue sur les traitements de la chloroanémie, spécialement de celle dite chlorose. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 fév.) — Corish. L'oxygène dans le traitement de la chlorose. (*N.-York med. j.*, 13 fév.) — Discussion sur le traitement de la chlorose. (*Soc. de thérap.*, 24 fév.) — Israel. Quelle préparation de fer doit-on employer dans la chlorose? (*Ther. Mon.*, janv.) — Barbier. Traitement de la chloro-anémie. (*Presse méd.*, 14 avril.) — L'Hardy. La chlorose ménorragique. (*Thèse de Paris.*)

Choléra. — Beek. Les idées de Pettenkofer sur les épidémies de choléra. (*Corr.-Bl. Wurtemb. Aerzte*, 3 avril.) — Smith. Le choléra à Penang, modes d'infection, incubation, etc. (*Lancet*, 30 janv.) — Kaufmann. Le choléra en Egypte. (*Deut. med. Woch.*, 1er janv.) — Taurelli Salimbeni. Recherches sur l'immunité dans le choléra. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 277.)

Chorée. — Legay. Étiologie de la chorée. (*Thèse de Paris.*) — Kraft-Ebing. De la chorée. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 19 janv.) — Tompkins. De la chorée. (*Amer. j. of obst.*, mars.) — Koehler. De la chorée minor avec terminaison mortelle. (*Thèse de Gottingue.*) — Cowen. Chorée maniaque chez un garçon adolescent. (*J. of mental sc.*, avril.) — Patry. De la chorée variable ou polymorphe, chorée des dégénérés. (*Thèse de Paris.*) — Marfan. De la chorée. (*L'Abeille méd.*, 29 mai.)

Choroïde. — Gorecki. Tumeur de la choroïde. (*Soc. d'opht. Paris*, 2 fév.)

Cicatrice. — Ranvier. Sur le mécanisme histologique de la cicatrisation et sur les fibres nouvelles, synoptiques. (*Acad. des sc.*, 1er mars.) — Audry. Sur une chéloïde consécutive à l'emploi du collodion. (*Ann. de derm.*, VIII,

Digitized by Google

p. 304.) — THIBIERGE. Cicatrice chéloïdienne de la région présternale, suite de cautérisation par l'iode. (*Ibid.*, VIII, p. 48.) — NEWTON. Traitement de la chéloïde par la thiosinamine. (*N. York med. j.*, 20 mars.)

Circulation. — LŒWITT. De la circulation récurrente. (*Cent. f. allg. Path.*, 10 fév.). — HILL et BARNARD. Influence de la pesanteur sur la circulation. (*J. of phys.*, XXI.)

Climat. — FREMMER. Le climat de Saint-Pétersbourg et le catarrhe bronchique. (*St-Petersb. med. Woch.*, 9 janv.) — LOCHON. Étude climatologique hydrologique et thérapeutique de Thonon-les-Bains. (*Thèse de Lyon.*) — WALKER. Quelques difficultés de la climatothérapie. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — SAMBON. La possibilité de l'acclimatation des Européens dans les régions tropicales. (*Brit. med. j.*, 9 janv.) — TRETJAKOW. Sur la question de l'acclimatement. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1896.) — MC GILLICUDDY. Changement de climat dans les affections pulmonaires chroniques, la côte ouest de la Floride. (*N. York med. j.*, 16 janv.) — A. LŒWY, J. LŒWY et ZUNTZ. Influence de la lumière et des climats chauds sur l'homme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 477.) — WARD. L'enseignement de la climatologie dans les écoles de médecine. (*Boston med. Journ.*, 4 fév.)

Cœur. — HUNT. Relation des nerfs inhibiteurs et accélérateurs du cœur. (*J. of exper. med.*, II, p. 151.) — MAGRATH et KENNEDY. Rapports du volume de la circulation coronaire avec la fréquence et la force de la contraction ventriculaire dans le cœur isolé du chat. (*Ibid.*, II, p. 13.) — BOTTAZZI. Sur les oscillations auriculaires du cœur des batraciens, avec une théorie sur la fonction du sarcoplasma dans les tissus musculaires. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 380.) —BOTTAZZI. Sur le mécanisme d'action des sels de potassium sur le cœur, contribution à la doctrine de l'inhibition. (*Ibid.*, p. 393.)—FRANÇOIS-FRANCK. Assimilation de l'action produite sur le cœur par les poisons systoliques et par les excitations artificielles directes du myocarde. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — PREVOST et RADZIKOWSKI. De l'influence de la section de la moelle épinière, dans sa région cervicale, sur la réplétion du cœur paralysé par électrisation. (*Acad. des sc.*, 18 janv.) — SAMWAYS. Influence de l'action de l'oreillette sur les variations de sa capacité. (*Brit. med. j.*, 23 janv.) — LANGENDORFF et NAWROCKI. Action de la chaleur et du froid sur le cœur. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 355.) — GLEY. Sur le mode d'action de quelques poisons cardiaques. (*Soc. de biol.*, 6 fév.) — HAGEN. Recherches sur le rythme cardiaque. (*Thèse de Rostock.*) — DRUMMOND. Des bruits fonctionnels. (*Lancet*, 10 avril.) — PHEAR. Redoublement du second bruit. (*Ibid.*, 9 janv.) — BOYD. Redoublement apparent du 2e bruit dans le rétrécissement mitral. (*Scottish med. j.*, fév.)—MACHADO. De la valeur séméiologique de la percussion de l'oreillette gauche. (*Thèse de Paris.*) — ISRAEL-ROSENTHAL. Percussion du cœur, principalement au point de vue de la valeur de la percussion par dépression latérale. (*Nordiskt. med. Arkiv.*, XXIX, 4.) — BARD. De la palpation large du cœur et des vibrations de fermeture des valvules auriculo-ventriculaires. (*Lyon méd.*, 31 janv.) — EWART. L'examen dorsal dans l'épanchement péricardique. (*Brit. med. j.*, 23 janv.) — DE RENZI. Sur le diagnostic générique des maladies du cœur. (*Riv. clin. e terapeutica*, janv.)—STARLING. Quelques points de la pathologie du cœur. (*Lancet*, 27 fév.) — WEBER et DEGUY. La région mitro-aortique, étude anatomique et pathologique. (*Arch. de méd. expér.*, IX, p. 235.) — DE RENZI. L'insuffisance mitrale. (*Gaz. d. Osped.*, 31 janv.) —ROLLESTON et DICKINSON. Du rétrécissement mitral virtuel ou relatif. (*Lancet*, 6 mars.) — TOUPET et CAVASSE. Rétrécissement mitral, mort subite, caillot organisé de l'oreillette

Digitized by Google

gauche ayant bouché l'orifice mitral. (*Soc. anat. Paris*, 26 fév.) — Klippel et Clerc. Rétrécissement mitral pur chez l'homme. (*Ibid.*, 5 fév.) — Dalché et Rosenthal. Rétrécissement mitral pur d'une artério-scléreuse, chez une femme de 74 ans. (*Gaz. des hôp.*, 18 mars.) — Ogle. Ralentissement persistant et anormal du pouls, dépendant probablement d'une lésion des nerfs intrinsèques et des ganglions du cœur. (*Lancet*, 30 janv.) — Cassan. Du rétrécissement mitral ancien, masqué par la myocardite interstitielle, diagnostiqué par la palpation. (*Thèse de Lyon.*) — Caldarelli. Insuffisance aortique avec sténose valvulaire. (*Gaz. d. Osped.*, 7 mars.) — Herrick. Trois cas de sténose tricuspidienne avec autopsies. (*Boston med. Journ.*, 18 mars.) — Vervaeck. Des anomalies valvulaires de l'artère pulmonaire. (*J. méd. Bruxelles*, 7 janv.) — Rendu. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et cyanose chez un sujet atteint d'inversion viscérale. (*Bull. méd.*, 24 fév.) — Bezy et Chamayou. Un cas de maladie bleue avec autopsie. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 janv.) — Nammack. Un cas de maladie congénitale du cœur chez une femme de 36 ans. (*Med. Record*, 17 avril.) — Hirringham. Tachycardie paroxysmique (*Edinb. med. j.*, avril.) — Sarda. Examen histologique d'une symphyse du péricarde. (*Arch. méd. Toulouse.* 15 mars.) — Labbé. Symphyse du péricarde, hypertrophie du ventricule gauche, pleurésie diaphragmatique. (*Soc. anat. Paris*, 12 mars.) — Carrière. Symphyse latente du péricarde. (*J. méd. Bordeaux*, 14 fév.) — Smith. Péricardite suppurée fétide, paracentèse. (*Practitioner*, avril.) — Brunton. De la péricardite. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Thiroloix. Péricardite suraiguë cloisonnée à épanchement séreux et hémorragique, streptocoque dans le liquide. (*Soc. anat. Paris*, 8 janv.) — François-Franck. Sur les accidents causés par la compression du cœur dans le péricarde. (*Soc. de biol.* 23 janv.) — Bramwell. De l'endocardite. (*Scottish med. j.*, fév.) — Godonnèche. Des endocardites infectieuses à marche lente. (*Thèse de Paris.*) — Garrod. Endocardite pneumococcique. (*London path. Soc.*, 2 fév.) — Coley. Endocardite maligne; guérison. (*Med. Record*, 2 janv.) — Morlot. Symphyse cardiaque. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Feillé. Sclérose cardiaque avec pouls lent permanent, congénital et tremblement émotif datant de l'enfance. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 151.) — Rabé. Myocardite chronique, thrombose intra-cardiaque, embolie de l'artère rénale primitive. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.) — Castaigne. Infarctus récent et très étendu du myocarde. (*Ibid.*, 5 fév.) — Martin. Hypertrophie cardiaque confondue avec un anévrisme de l'aorte. (*Lyon méd.*, 7 mars.) — Fontoynont. Tuberculose du myocarde. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Lévi. Symphyse tuberculeuse du péricarde, lésions du foie cardio-tuberculeux au début. (*Ibid.*, 29 janv.) — V. Genersich. Gros tubercule solitaire du myocarde. Gomme du cœur avec péricardite exsudative. (*Pester med. Presse*, 24 janv.) — Vehsemeyer. Un cas de dextrocardie. Application des rayons R. (*Deut. med. Woch.*, 18 mars.) — Muggia. Ectopie congénitale du cœur. (*Morgagni*, mars.) — Huchard. Traitement de l'arythmie cardiaque. (*Méd. mod.*, 27 mars.) — De Renzi. Sur le traitement des maladies du cœur. (*Riv. clin. e terap.*, janv.) — Stewart. Le traitement de l'affaiblissement du cœur. (*Therap. Woch.*, 3 janv.) — Robinson. Quelques progrès dans le traitement des maladies du cœur. (*Med. Record*, 13 mars.) — Grœdel. Traitement mécanique et gymnastique des troubles chroniques de la circulation. (*St-Petersb. med. Woch.*, 10 avril.) — Schott. Les modifications du cœur par les bains et la gymnastique, démontré par les rayons R. (*Deut. med. Woch.*, 1er avril.) — Zabludowski. Massage dans les affections chroniques du cœur. (*Berl. klin. Woch.*, 18 mai 1896.) — Steinhardt. Les saignées dans les cardiopathies. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 2 janv.) — Ferrand. La pratique thermale et les maladies du cœur. (*Gaz. des Eaux*, 7 janv.) — Fraser. Rup-

Digitized by Google

ture du ventricule gauche. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — ROBERTSON. Un cas de rupture du cœur. (*Lancet*, 23 janv.) — KEMEN. Des plaies du cœur. (*Thèse de Bonn.*) — EWALD. Eraflure du cœur, mort au bout de 4 semaines. (*Cent. f. Chir.*, 20 mars.) — PETROCCHI. Tumeurs primives du cœur, lipome de l'oreillette droite. (*Lo Sperimentale*, LI, p. 89.)

Conjonctivite. — MORAX. La conjonctivite subaiguë, étude clinique et bactériologie. (*Soc. d'opht*, 5 janv. et *Ann. d'ocul.*, janv.) — WOLKOVITCH. Bactériologie de la conjonctive oculaire normale. (*Vratch*, 27 avril.) — TERSON. De la kérato-conjonctivite pustuleuse. (*J. de clin. inf.*, 1er avril.) — DOMINIQUE. De la conjonctivite infectieuse d'origine animale. (*Thèse de Paris.*) — GARDETTE. Du catarrhe printanier de la conjonctive. (*Thèse de Paris.*) — GIELEN. De la conjonctivite double bénigne dans les affections de l'urètre. (*Thèse de Bonn.*) — BRAILEY. Conjonctivite pseudo-bacillaire. (*Lancet*, 20 mars.) — LOV. Quelques cas de conjonctivite pseudo-membraneuse. (*J. méd. Bruxelles*, 1er avril.) — Orlando PES. Sur la présence du bacille de Klebs-Löffler dans le catarrhe aigu de la conjonctive. (*Giorn. Acad. Medic. Torino*, janv.) — STRZENIWSKI. Un cas de conjonctivite pseudo-membraneuse due aux bacilles de Löffler et guérie par le sérum de Behring. (*Vratch*, 6 février.) — AUBINEAU. 3 cas de conjonctivite diphtérique, pronostic de cette affection. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 avril.) — BELLENCONTRE. Diphtérie oculaire, un cas de conjonctivite membraneuse staphylo-streptococcique, insuccès des sérums de Roux et Marmorek. (*J. méd. Paris*, 11 avril.) — BURNETT. Phlébolithe d'une varice des veines conjonctivales. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 12.) — SOUS. Mélanose hématique de la conjonctive. (*J. méd. Bordeaux*, 14 fév.) — TALKO. Mélanose hypertrophique de la conjonctive des deux paupières. (*Rec. d'opht.*, janv.) — GRUNERT. La tuberculose conjonctivale. (*Arch. f. Aug.*, fév.) — FAGE. Le lipome sous-conjonctival. (*Écho méd. Nord*, 7 mars.)

Cornée. — MERMET. Du rôle de l'épithélium antérieur de la cornée vis-à-vis de l'exosmose oculaire (*Soc. anat. Paris*, 8 janv. et *Soc. de biol.*, 9 janv.) — COLLINS. Développement de la lame élastique postérieure de la cornée ou membrane de Descemet. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 305.) — MERMET. Sur l'absorption et la diffusion cornéennes. (*Thèse de Paris.*) — SULZER. Du rôle de la cornée dans la production des différences existant entre l'astigmatisme cornéen mesuré à l'aide de l'ophtalmomètre et l'astigmatisme total. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — DE WECKER. Le plissement cornéen et sa valeur clinique. (*La Clin. Opht.*, 10 janv.) — DUMONT. De la kératite parenchymateuse chez l'adulte. (*Thèse de Toulouse.*) — STERN. Un cas rare de kératite parenchymateuse. (*Klin. Mon. f. Aug.*, janv.) — SPICER. Opacité striée de la cornée. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 338.) — VALUDE. Des lésions cornéennes consécutives aux ophtalmies, leur traitement. (*Presse méd.*, 9 janv.) — VALUDE. La kératite interstitielle dans la syphilis acquise. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — SGROSSO. Sur les effets de la galvanocaustie et de l'iritomie externe dans le kératocone. (*Ibid.*) — CLAVELIER. Iritis et abcès de la cornée d'origine tuberculeuse. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er mars). — GALLEMAERT. Kératocone. (*La policlin. Bruxelles*, 15 fév.) — PICON. De l'épithélioma du limbe scléro-cornéen. (*Thèse de Lyon.*) — LOHNSTEIN. Traitement par les verres de l'astigmatisme cornéen. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc.) — ROCHON-DUVIGNEAU. Traitement des kératites interstitielles. (*J. des Praticiens*, 13 fév.) — TERSON. Traitement des abcès et ulcères de la cornée. (*J. méd. Paris*, 4 avril.) — BRUNER. Le thermo-cautère dans le traitement des ulcères de la cornée. (*Med. Record*, 27 fév.)

Coqueluche. — NICOLAS. Périodes de contagion et de non-contagion dans la

Digitized by Google

coqueluche (*Bull. méd.*, 10 janv.) — Bierer. Contagion de la coqueluche, (*Thèse de Lyon.*) — Aubel. Coqueluche et neurasthénie. (*Centre méd.*, 1er avril.)

Corps étrangers. — Bell. Balle de fusil dans l'hémisphère gauche central. (*Ann. of gyn.*, mars.) — Koch. Les corps étrangers des voies respiratoires supérieures. (*Wien. klin. Rundsch.*, 31 janv.) — Fulton. Des corps étrangers des voies respiratoires. (*Med. Record*, 20 fév.) — Kitchen. Épingle piquée dans l'épiglotte. (*Ibid.*, 3 avril.) — Lavrand. Grains de chapelet dans les voies respiratoires, trachéotomie, extraction. (*J. sc. méd. Lille*, 9 janv.) — Thorner. Corps étranger du larynx enlevé avec l'aide de l'autoscope. (*J. of lar.*, janv.) — Archer. Corps étranger dans les bronches. (*Lancet*, 24 avril.) — Ingals. Corps étranger du nez. (*Med. News*, 13 fév.) — Lippert. Des corps étrangers de l'oreille moyenne. (*Thèse de Berlin.*) — Jerauld. Un cas de corps étranger de l'oreille. (*Med. Record*, 9 janv.) — Schoeneberg. Des corps étrangers au pourtour de l'œil. (*Thèse de Munich.*) — Dunn. Tige de gazon dans le sac conjonctival d'un enfant, suppuration de la cornée, fonte de l'œil. (*Brit. med. j.*, 30 janv.) — Baudry. Des corps étrangers de la cornée. (*Nord méd.*, 1er janv.) — Thilliez. Corps étranger du corps ciliaire sans phénomènes réactionnels aigus, trouble du corps vitré, décollement de la rétine. (*J. sc. méd. Lille*, 30 janv.) — Archer. Corps étranger du cristallin pendant 16 ans, le cristallin restant transparent. (*Lancet*, 20 mars.) — Bachmann. Corps étrangers de l'œsophage. (*Thèse de Munich.*) — Bowlby. Pièces de monnaie dans l'œsophage. (*London clin. Soc.*, 22 janv.) — Wigg. Son dans l'œsophage, localisation par les rayons R.; ablation. (*Australasian med. j.*, 20 fév.) — Eames. Pièce de monnaie dans l'intestin pendant 64 jours. (*Brit. med. j.*, 24 avril.) — Bardon. Corps étranger du rectum, introduction accidentelle. (*J. de méd. et de chir. prat.*, 25 janv.) — Chaillous. Corps étranger de la verge. (*Soc. anat. Paris*, 26 fév.) — Liebman. Un cas de corps étranger de l'ovaire. (*Cent. f. Gyn.*, 24 avril.) — Fabre. Extraction d'une épingle à cheveux introduite dans le vagin d'une petite fille de 4 ans. (*Cent. méd.*, 1er avril et *Gaz. méd. Paris.*)

Crâne. — Yardin. De l'homologie des os du crâne. (*Thèse de Paris.*) — Regnault. Variation des empreintes intra-craniennes. (*Soc. anat. Paris*, 6 mars.) — Marcks. Céphalématome de la région frontale. (*Thèse de Griefswald.*) — Miles. Mouvements automatiques à la suite de blessures de la tête. (*Scottish med. j.*, mars.) — Knaggs. Fractures du crâne et hernies du cerveau. 109 cas. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 avril.) — Durrieux. Fracture multiple du rocher et détachement de la portion écailleuse du temporal. (*Soc. anat. Paris*, 19 fév.) — Lov. Des fractures de la base du crâne et des troubles oculaires consécutifs. (*J. méd. Bruxelles*, 21 janv.) — Van Nes. Des fractures de la base du crâne. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 593.) — Blanc. Fracture de la base du crâne par balle de revolver, hémiplégie corticale avec aphasie, abcès du cerveau, trépanation, ouverture du foyer et extraction de la balle, mort par encéphalite diffuse. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Chupin. Fracture du crâne, trépan préventif. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 844.) — Lejars. Fracture de la région frontale du crâne, trépanation d'emblée, lésions étendues de la dure-mère et du cerveau, guérison. (*Ibid.*, XXIII, p. 150.) — Bayer. De la trépanation primitive dans les fractures du crâne. (*Thèse de Heidelberg.*) — Penzo. Un cas d'hémorragie traumatique intra-dure-mérienne; craniotomie et emploi d'un nouveau procédé pour la recherche du sillon de Rolando. (*Riforma med.*, 4 janv.) — Lenoble et Termet. Sur un cas de monoplégie incomplète consécutive à

Digitized by Google

un traumatisme cranien grave. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — SHATTOCK. Tumeur épithéliale kératinisante du cuir chevelu. (*J. of path. and bact.*, III, p. 412.) — VIAL. Trois cas de trépanation pour hématome traumatique intra-cranien. (*Loire méd.*, 15 janv.) — ENRICH. Deux cas de tumeur intra-cranienne. (*Lancet*, 20 fév.) — CLARKE. Deux cas avec signes de tumeurs intra-craniennes guéris. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — HIGGINS. La chirurgie du crâne. (*Med. Record*, 6 fév.) — RUBINO. Chirurgie cranio-cérébrale et localisation. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 fév.)

Crétinisme. — SINKLER. Crétinisme sporadique. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — CAVERLY. Trois cas de crétinisme dans la même famille; traitement par l'extrait de thyroïde. (*Med. Record*, 10 avril.)

Criminels. — MONDIO. Circonvolutions cérébrales des délinquants. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — DE SANCTIS. Songes des délinquants. (*Ibid.*) — MAGRI. Familles d'où viennent les délinquants. (*Ibid.*) — CRISTIANI. Terminaisons des psychoses chez les aliénés criminels. (*Ibid.*) — CARRARA. Trois types de criminels-nés jeunes. (*Ibid.*) — TRUC, GAUDIBERT et ROUVEYROLLES. Étude de l'œil et de la vision chez 362 criminels jeunes détenus. (*Ann. d'ocul.*, avril.)

Cristallin. — PERCIVAL. Rapports entre le cristallin des yeux aphakiques et les verres correcteurs. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 1.) — DEMICHERI. Anneaux d'interférence de cristallin cataracté. (*Soc. opht. Paris*, 2 févr.) — BITZOS. Cataractes primitives et secondaires spontanément guéries. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — TROUSSEAU. L'opération de la cataracte. (*Presse méd.*, 27 janv.) — DENTI. L'opération de la cataracte. (*Gaz. med. Lombarda*, 4 janv.) — DA GAMA PINTO. L'opération de la cataracte secondaire. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — FOUCHARD. Considérations critiques sur l'opération de la cataracte de nos jours. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 115.) — BOURGEOIS. D'une cause de retard de la cicatrisation chez les opérés de cataracte. (*Soc. d'opht. Paris*, 9 mars.)

D

Démographie. — LEVASSEUR. La natalité en France. (*Rev. scientif.* 23 janv.) — LOREIN. Mortalité et morbidité dans la classe ouvrière à Paris. (*Thèse de Paris.*) — LECERF. Etude démographique sur la commune de St-Julien-de-Concelles. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 mars.) — WILLUR. Comment l'institution d'un bureau permanent de recensement améliorera la statistique vitale aux États-Unis. (*J. Americ. med. Ass.*, 23 janv.)

Dent. — LATHAM. Pathologie de la membrane péridentaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — BENTON. Les dents congénitales. (*Ibid.*, 13 mars.) — MC KEE. Les dents congénitales. (*Ibid.*, 6 fév.) — COULMONT. Des complications des arthrites alvéolo-dentaires. (*Thèse de Lille.*) — OVIZE. Les fistules dentaires et d'origine dentaire. (*Thèse de Paris.*) — ROLLIN. Kyste d'origine dentaire. (*Nord méd.*, 1er mars, p. 56.) — APOLANT. De l'infection par les opérations dentaires. (*Ther. Mon.*, fév.)

Digitized by Google

Désinfection. — Fuerbringer et Freyhan. Recherches sur la désinfection des mains. (*Deut. med. Woch*, 4 fév.) — Weir. La désinfection des mains. (*Med. Record*, 3 avril.) — Van Niessen. De la désinfection des mains (*Cent. f. Chir.*, 24 avril.) — Millintock. Nouveau matériel désinfectant. (*Med. News.*, 17 avril.) — Kuhn. Sur un nouveau procédé de stérilisation par la chaleur sous pression. (*Acad. des sc.*, 1er mars.) — Alexander. Un agent inodore germicide désodorant, antizymotique, le formaldéhyde. (*N. York med. j.*, 9 janv.) — Johnston. La désinfection par le formaldéhyde. (*Ibid.*, 13 mars). — Ret. De la valeur de la formaldéhyde au point de vue de la désinfection des locaux et des objets contaminés. (*Thèse de Lyon.*) — R. Nicolle. Désinfection des locaux par les vapeurs d'aldéhyde formique. (*Normandie méd.*, 15 janv.) — Girard. Les propriétés désinfectantes de l'aldéhyde formique. (*J. de méd. Paris*, 28 fév.) — Borchow. Sur les propriétés désinfectantes du sublimé. (*Thèse de St-Pétersb.*)

Diabète. — Loeb. Le début du diabète. (*Cent. f. inn. Med.*, 6 fév.) — Bond. Rapports du diabète avec l'aliénation. (*J. of mental sc.*, avril.) — Cornillon et Mullat. La doctrine de l'acétonémie à propos de deux cas de diabète mis de mort rapide. (*Progrès médical*, 6 fév.) — Battistini. De l'influence exercée par les hydrates de carbone sur les échanges azotés chez les diabétiques. (*Giorn. Accad. med. Torino*, janv.) — Parmentier et Camon. Examen du sang et dosage du fer contenu dans différents organes d'un cas de diabète bronzé. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — De Buchs et De Bor. Un cas de diabète insipide. (*Belgique méd.*, 4 mars.) — Fontana. Sur un cas de diabète insipide. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — Marano. Mélanodermie et diabète. (*Ibid.*, 14 mars.) — Drouineau. Un cas d'amyotrophie diabétique. (*Gaz. des hôp.*, 8 avril.) — Drouineau. Hémiplégie diabétique. (*Ibid.*, 17 avril.) — De Renzi et Reale. Le pouvoir de décomposition du lévulose dans le diabète clinique et expérimental; sa valeur comme moyen d'épargne. (*Wiener med. Woch.*, 27 fév.) — Œttinger. Le régime lacté et les diabétiques. (*Semaine med.*, 17 fév.) — Lépine. Traitement du coma diabétique, injection intraveineuse de solution alcaline. (*Ibid.*, 3 mars.)

Diphtérie. — Girard. Diphtérie et antitoxine (*Londres.*) — Roger et Josué. Action de la toxine et de l'antitoxine diphtériques sur la moelle osseuse (*Soc. de biol.*, janv.) — Charrin et A. Thomas. Lésions des cellules nerveuses chez un cobaye ayant présenté des accidents épilepsiformes à la suite d'injections de toxines diphtériques et d'une double amputation. (*Ibid.*, 9 janv.) — Nicolas. Atténuation du bacille de Lœffler ayant subi la réaction agglutinante par l'action du sérum antidiphtérique. (*Province méd.*, 2 janv.) — Marenghi. Des rapports entre l'élimination des substances azotées chez le cheval et la formation du sérum diphtérique. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 256.) — Roger et Bayeux. Sur le rôle de la toxine diphtérique dans la formation des fausses membranes. (*Soc. de biol.*, 13 mars.) — Cobbett. Physiologie du bacille diphtérique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 251.) — Sharp. Action des produits de l'organisme de la diphtérie sur le muscle cardiaque de la grenouille. (*J. of anat.*, janv.) — Mollard et Regaud. Lésions du myocarde dans l'intoxication aiguë par la toxine diphtérique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 97.) — Grancher. Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphtérie. (*Bull. méd.*, 14 mars.) — Grancher. Diagnostic bactériologique et clinique de la diphtérie. (*J. de clin. infant.*, 25 mars.) — Tavel et Arnd. Manuel opératoire du diagnostic bactériologique de la diphtérie. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 oct. 1896.) — Vansant. Les cultures pour examens bactériologiques doivent-elles être

Digitized by Google

prises dans le nez aussi bien que dans la gorge dans les cas suspects de diphtérie. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — Guillemaut. Sur le diagnostic clinique de l'angine diphtérique. (*Thèse de Paris.*) — La Mallery. Croup d'emblée, tubage. (*Méd. moderne*, 27 fév.) — Vagniot. Le croup fruste (*Thèse de Paris.*) — Variot. Des complications broncho-pulmonaires du croup. (*L'Abeille méd.*, 23 janv.) — Gouguenheim. Contribution à la diphtérie de l'adulte. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Stevens et Parfitt. 3 cas de diphtérie hémorragique. (*London pathol. Soc.*, 2 fév.) — Lévi. Hémiplégie cérébrale suite de diphtérie (*Arch. f. Kind.*, XXII, 1.) — Katz. De la paralysie diphtérique. (*Soc. méd. Berlin*, 31 mars.) — Petit. Sur 48 cas de paralysie diphtérique. (*Rev. mal. de l'enf.*, fév.) — Daly. Diphtérie et scarlatine. (*Med. Record*, 20 fév.) — Hirschfeld. De la diphtérie scarlatineuse, son traitement. (*Thèse de Berlin.*) — Fridenberg. Fonte du globe oculaire suite de diphtérie. (*Arch. of opht.* XXVI, p. 88.) — Sharman et d'Esterre. Emphysème sous-cutané étendu compliquant la diphtérie. (*Lancet*, 3 avril.) — Pitts. Diphtérie de l'ombilic. (*Ibid.*, 3 avril.) — Bujwid. Bacille diphtérique dans un sédiment urinaire (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 394.) — Greenleaf. La valeur de la prompte coopération des autorités municipales dans la prophylaxie de la diphtérie. (*Boston med. jour.*, 11 mars.) — Stair. Traitement de la diphtérie. (*N.-York med. j.*, 6 mars.) — Kabisch, Traitement de la diphtérie scarlatineuse par les injections parenchymateuses d'acide phénique. (*Thèse de Munich.*) — Bertolet. La diphtérie, son traitement. (*Med. and surg. Reporter*, 20 mars.) — A. Pawlowsky et A. Maksutow. Méthode d'immunisation des chevaux pour en obtenir le sérum curatif diphtéritique. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XXI.) — Rodzewitch. Sur la manière de préparer le sérum antidiphtérique dans le laboratoire du gouvernement de Samara. (*Vratch*, 20 fév.) — Dzierzgowski. Etat du sérum diphthérique après filtration sur le filtre Chamberland. (*Cent. f. Bakt., Erste Abth.*, XXI, p. 333.) — Nicolas. Apparition du pouvoir agglutinant dans le sérum des sujets traités par des injections de sérum antidiphtérique. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Bokay. Traitement de la diphtérie par le sérum, à l'hôpital de Budapest; 402 cas. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, 133.) — Timachew. La sérothérapie antidiphtérique à la clinique infantile de Tomsk. (*Vratch*, 30 janv.) — Herman. Sérothérapie diphtérique dans la pratique privée. (*Med. News*, 20 fév.) — Moriarta. Sérothérapie de la diphtérie. (*N.-York med. j.*, 13 fév.) — Lopez. Traitement de la diphtérie par l'antitoxine. (*Med. News*, 6 fév.) — Smith. Six mois de traitement de la diphtérie par l'antitoxine. (*Ibid.*, 6 mars.) — Detwiler. Traitement de la diphtérie par l'antitoxine. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — Le sérum antidiphtérique et la mortalité de la diphtérie. (*Méd. mod.*, 23 janv.) — Frigo. La sérothérapie de la diphtérie. (*Riv. veneta sc. med.*, 31 janv.) — Dallmajer. Traitement des affections diphtéritiques de la gorge par le sérum de Behring. (*Wiener med. Woch.*, 20 mars.) — Dozio. La sérothérapie et le sublimé dans la diphtérie. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 mars.) — Seibert. Antitoxine et diphtérie. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 mars.) — Duffield. L'usage de l'antitoxine dans le traitement de la diphtérie. (*Ibid.*, 6 mars.) — Fournier. Diphtérie généralisée grave chez un enfant de six semaines, injection de sérum, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.) — Saint-Philippe. Deux cas de diphtérie grave traités par le sérum, guérison. (*J. méd. Bordeaux*, 14 mars.) — Wells. Diphtérie traitée par l'antitoxine, mort par paralysie ascendante aiguë. (*Med. News*, 9 janv.) — Watson. Tubage et trachéotomie dans la diphtérie. (*Glasgow med. j.*, avril.) — Sevestre. Parallèle entre la trachéotomie et le tubage dans le croup. (*Progrès méd.*, 6 fév.) — Hermann. Des indications actuelles de la trachéotomie dans le croup de l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Lesser. Un cas de

Digitized by Google

croup compliqué de pneumonie; intubation; traitement sans antipyrétiques ni alcool. (*Med. Record*, 9 janv.) — GUILLAUME. De l'intubation laryngée dans le croup. (*Thèse de Paris.*)

Dysenterie. — PRIDMORE. Dysenterie compliquée d'invagination. (*Brit. med. j.*, 17 avril.) — LOCKWOOD. De la dysenterie amœbique. (*Med. Record*, 3 avril.) — MABERLY. La dysenterie et son traitement. (*Lancet*, 6 fév.)

E

Eau. — HENRY. Etude sur les eaux de Pondichéry. (*Arch. de méd. nav.*, janv.)—BUNGE. L'épuration chimique des eaux du Dnieper. (*Hyg. Rundsch.*, p. 1095.) — F. LÜDTKE. Qualité de l'eau distillée préparée à bord des steamers. (*Zeit. f. Hyg.*, XXII.) — RONDET. Sur l'adultération des eaux potables de Curis au Mont-d'Or et sur les moyens d'y remédier. (*Lyon méd.*, 3 janv.) — G. ROUX. De l'expérimentation physiologique appliquée à l'analyse bactériologique des eaux. (*Ibid.*, 28 mars.) — VINCENT. Sur le meilleur mode de stérilisation des filtres Chamberland et des cruches destinées à recueillir l'eau filtrée. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — GUIRAUD. Présence du streptocoque dans l'eau de boisson servant à l'alimentation d'un village de la Haute-Garonne sur lequel sévit une épidémie à caractères insolites. (*Soc. de biol.*, 13 fév.)

Eaux minérales. — CAZAUX. Sur l'azote des eaux minérales. (*Ann. d'hydrol.*, II, p. 58.) — FERRAS. La poussée thermale est-elle utile ? (*Ibid.*, p. 69.) — DUHOURCAU. L'azote gazeux dans les eaux minérales. (*Soc. de thérap.*, 7 avril.) — MOLLIÈRE. Sur le mode de captage et l'aménagement des sources thermales de la Gaule romaine. (*Arch. gén. d'hydrol.*, 28 fév.) — LAVIEILLE. Les eaux chlorurées sodiques de l'Europe. (*Ibid.*) — BELUGOU. Tabes et eaux minérales. (*Ibid.*, 28 fév.) — WYKHODZEW. Les eaux de Borjom dans le traitement de quelques maladies du foie. (*Vratch*, 30 janv.) — CHOUPIN. Valeur thérapeutique de l'eau de Montrond. (*Loire méd.*, 15 juin.) — CAZAUX. Les eaux minérales dans l'emphysème pulmonaire. (*Ann. d'hydrol.*, II, p. 16.) — DE LAVARENNE. Syphilis et eaux sulfureuses. (*Ibid.* p. 26.)

Eclampsie. — VOLHARD. Pathogénie de l'éclampsie. (*Thèse de Halle.*) — KOLLMANN. Etiologie et traitement de l'éclampsie. (*Cent. f. Gyn.*, 3 avril.) — BYERS. Pathologie de l'éclampsie. (*Lancet*, 2 janv.) — CLARK. Acétone dans l'éclampsie. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — WORCESTER. Cinq cas d'éclampsie; commentaires sur le traitement. (*Boston med. Journ.*, 4 mars.) — APPLEBY. Le gaïacol dans l'éclampsie puerpérale. (*Ibid.*, 18 mars.)

Eczéma. — MERRILL. Le germe de l'eczéma séborréique. (*N. York med. j.*, 6 mars.) — BROCQ. Les eczémas séborréiques ou les séborréites. (*Presse méd.*, 6 mars.) — MITCHELL. Eléphantiasis de l'avant-bras par eczéma. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — CANTRELL. Traitement de l'eczéma de l'ombilic. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — RANDALL. Traitement de l'eczéma de l'oreille. (*Ibid.*) —

Digitized by Google

Besnier. Traitement interne de l'eczéma. (*Méd. mod.*, 17 fév.) — Waldo. Acide picrique dans l'eczéma. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — Duhring. Traitement local des formes régionales de l'eczéma. (*Amer. j. of med. sc.*, avril.)

Electricité. — Alt. Des nouveaux travaux d'électrothérapie. (*Schmidt's Jahrb.*, 1.) — Maun. Etat actuel de l'électro-diagnostic. (*Cent. f. Nervenh.*, janv.) — Reni. Procédé de détermination de la grande courbure de l'estomac. (*Gaz. med. Lombarda*, 15 fév.) — Loeb. Théorie de l'action physiologique de la lumière et des courants. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 439.) — Bordier. Sur une nouvelle pile médicale. (*Arch. d'élect. méd.*, fév.) — Henry. Sur un nouveau procédé d'électrisation. (*Acad. des sc.*, 8 fév.) — Boisseau du Rocher. Courants à intermittences, générateur, effets physiques, physiologiques, thérapeutiques. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 mars.) — Cabot. Accidents et risques dans l'utilisation des courants produits par les stations centrales et transmis par fils aériens ou souterrains. (*Ibid.*, 15 fév.) — Roumailiac. De l'électro-diagnostic et de son utilité, remarques pratiques sur l'examen électrique. (*Ibid.*) — Debedat. Support isolant pour la franklinisation, hystéromètre électrolytique en aluminium. (*Ibid.*) — Bordier. Variation de la sensibilité farado-cutanée avec l'intensité électrique, influence de la résistance du fil secondaire des bobines d'induction sur les effets sensitifs du courant faradique. (*Ibid.*, 15 avril.) — Luraschi. De l'examen électrique et des méthodes pour le pratiquer. (*Ibid.*) — D'Asman. Sur la résistance électrique du corps humain (à propos d'un travail de Spehl et de Sano). (*Progrès méd.*, 23 janv.) — Olivier. La fluoroscopie. (*Presse méd.*, 17 fév.) — Niles. Electricité statique dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. (*Amer. j. of insanity*, janv.) — Massey. Ce que peut faire l'électricité pour éviter les opérations chirurgicales en gynécologie. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 janv.)

Eléphantiasis. — Gastou. Eléphantiasis du bras gauche. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 191.) — Jagot. Eléphantiasis terminé par la mort à la suite de poussées aiguës d'érysipèle. (*Arch. méd. Angers*, I, p, 67.) — Le Bail. Un cas d'éléphantiasis des Arabes. (*Ibid.*, I, p. 170.) — Rénon. Un cas d'éléphantiasis nostras. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — Rasch. Eléphantiasis monstrueux des membres supérieurs chez un siamois. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 déc. 1896.) — Noble. Un cas de léontiasis osseux. (*Brit. med. j.*, 5 déc. 1896.) — Birschtein. Eléphantiasis des grandes lèvres. (*Rev. de méd. russe*, 19, 1896.) — Lucas. Ligature de la fémorale pour éléphantiasis de la jambe et du pied. (*London clin. Soc.*, 22 janv.)

Embryologie. — Duval. Sur l'embryologie des cheiroptères. (*J. de l'anat.*, janv.) — Féré. Sur les changements de position et de forme du jaune de l'œuf de poule pendant l'incubation. (*Soc. de biol.*, 23 janv.) — Féré. Influence d'injections préalables d'acide cyanhydrique dans l'albumen de l'œuf de poule sur l'évolution de l'embryon. (*Ibid.*, 6 mars.) — Féré. Sur l'incubation de l'œuf de poule dans la position verticale. (*Ibid.*, 20 fév.) — Michel. Sur la composition des nucléoles. (*Ibid.*, 20 fév.) — Haecker. Les voies blastodermiques chez le cyclops. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLIX, p. 35.)

Empoisonnement. — Johnson. Empoisonnement par l'opium. (*Med. News*, 20 mars.) — Chachereau. Empoisonnement par le chloral et la morphine. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 fév.) — Moor. Le permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium. (*Therap. Woch.*, 14 fév.) — Lépine. Sur

Digitized by Google

l'emploi de l'atropine dans l'intoxication par l'opium. (*Semaine méd.*, 13 janv.) — DARABSETH. Effets tardifs de l'empoisonnement par la strychnine. (*Lancet*, 27 mars.) — RUELLE. Empoisonnement par l'extrait gras de cannabis. (*Centre méd.*, 1er fév.) — FLEXNER. Modifications histologiques produites par les intoxications par le ricin et l'abrine. (*J. of exper. med.*, II, 197.) — CORNEVIN. Procédé de vaccination contre l'empoisonnement par le ricin, introduction consécutive des graines et des tourteaux de ricin dans la ration des animaux immunisés. (*Acad. des sc.*, 12 avril.) — PANSIER. 3 cas d'intoxication par la scopolamine. (*La clin. opht.*, 10 janv.) — CAMPBELL. Guérison après absorption d'une once de chlorodyne et 250 grains de sulfonal. (*Lancet*, 6 mars.) — WEBSTER. Empoisonnement par l'antipyrine, guérison. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — DELANGHE. Sur les accidents causés par l'antipyrine, opinions et critiques. (*Thèse de Lille.*) — WEBSTER. Empoisonnement par l'antipyrine, guérison. (*Lancet*, 30 janv.) — GROLL et MEUNIER. Intoxication par l'antipyrine. (*Dauphiné méd.*, fév.) — EISENMANN. Un cas d'empoisonnement par l'antipyrine. (*Therap. Mon.*, avril.)— HALDANE, MAKGILL et MAVROGORDATO. Action des poisons des nitrites. (*J. of phys.*, XXI, p. 160.) — THOMPSON. Empoisonnement par le copahu. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — ZIELER. Les suites de l'empoisonnement par le gaz d'éclairage, en particulier de la leptoméningite séreuse. (*Thèse de Halle.*) — STRAUB. Sur les conditions qui provoquent la glycosurie dans l'empoisonnement par CO. (*Soc. méd. Bâle*, 29 janv.) — VIENNE et TROUCHAUD. Un cas d'intoxication massive par CO traité par la saignée et l'injection de sérum de Hayem. (*Nord méd.*, 15 avril.) — AUDRY. Intoxication par l'oxyde de carbone, atrophie de la papille. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — BANES. Recherches expérimentales sur les accidents consécutifs aux inhalations prolongées de CO^2. (*Thèse de Paris.*) — WEISS. Surles empoisonnements par les champignons. (*Wiener med. Woch.*, 20 mars.) — BUXTON. Empoisonnement par les huîtres. (*Lancet*, 24 avril.)— WORRALL. Empoisonnement par les ptomaïnes en mangeant de la dinde. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — POUCHET. Intoxication par la viande de porc avariée. (*Soc. méd. lég.*, 8 fév.) — KING. Un cas d'intoxication par l'acide phénique. (*Med. Record*, 30 janv.) — NORTON. Respiration artificielle dans l'empoisonnement par l'acide phénique. (*N. York med. j.*, 20 fév.) — WIGLESWORTH. Empoisonnement par le cyanure de potassium, guérison. (*Brit. med. j.*, 24 avril.) — G. BROUARDEL. Etude sur l'arsénicisme. (*Thèse de Paris.*) - LUGARO. Des altérations des éléments nerveux dans les empoisonnements par l'arsenic et le plomb. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 49.) — HABERDA. Empoisonnement arsénical par la voie vaginale. (*Wiener klin. Woch.*, 4 mars.) — DUJARIER et ROSENTHAL. Perforation de l'estomac par ingestion de SO^2, mort en 9 heures. (*Soc. anat. Paris*, 19 fév.) — GURRIERI. Dégénérescences systématisées de la moelle épinière dans l'empoisonnement expérimental par le phosphore. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 370.) — AUGIER. Examen d'un cas d'empoisonnement aigu par le phosphore. (*J. sc. méd. Lille*, 2 janv.) — LIEVEN. Etude des maladies mercurielles. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 302.) — HALL. Un cas d'empoisonnement par le mercure. (*Lancet*, 9 janv.) — TIRELLI. Intoxication aiguë par les sels mercuriels. (*Ann. di freniat*, VII, janv.) — MITCHELL. Un cas mortel d'intoxication par l'oxyde rouge de mercure. (*Boston med. Journ.*, 18 mars.)

Enfant. — TIRELLI. La vitalité des nouveau-nés en rapport avec les processus morbides. (*Ann. di freniat.*, VII, janv.) — CAPITAN et CROIZIER. Obésité et gigantisme chez un enfant de 4 ans. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — ARDOUIN et KIRMISSON. Etude d'un fœtus exomphale. (*Rev. d'orthop.*, mars.) —

Digitized by Google

SYMES. L'aspect clinique des maladies des enfants. (*Dublin Journ.*, fév.) — VINAY. La psychologie du nouveau-né. (*Semaine méd.*, 3 fév.) — ONUF-ONUFROWICZ. Traité des maladies nerveuses chez l'enfant. Trad. de Sachs. (In-8°, *Leipsig.*) — REYMOND. De l'encéphalite diffuse chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 157.) — LEA. Hémorragie cérébrale chez une enfant de 12 ans. (*Manchester path. Soc.*, 20 janv.) — KINGDON et RUSSELL. Dégénérescence cérébrale infantile avec modifications symétriques de la macula. (*Royal med. Soc.*, 12 janv.) — CARR. Méningite postérieure de la base non tuberculeuse chez les enfants. (*Royal med. and chir. Soc.*, 13 avril.) — SPILLER. De l'hémiplégie infantile. (*J. of nerv. dis.*, janv.) — MASSALONGO. La diplégie cérébrale de l'enfance, maladie de Little. (*Policlinico*, IV.) — GROSZ. Diplégie congénitale chez un enfant issu de grossesse extra-utérine. (*Arch. f. Kind.*, XXII, 1.) — VAN GEHUCHTEN. Maladie de Little et rigidité spasmodique spinale des enfants nés avant terme. (*Rev. neurol.*, 15 fév.) — SCHAEFFER. Des hémorragies rachidiennes chez le nouvea u-né. (*Arch. f Gyn.*, LIII, p. 278.) — STEINER. Les affections hystériques chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 187.) — HERRINGHAM. Tachycardie paroxysmique chez un enfant. (*Royal med. Soc.*, 12 janv.) — SMITH. Anévrisme de l'aorte chez un enfant. (*London path. Soc.*, 2 mars.) — ENOUF. Des paralysies pneumoniques chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — MAC GREGOR. 2 cas d'œdème pulmonaire chez l'enfant traités par le strophantus. (*Lancet*, 13 mars.) — FROUIN. Bronchite chronique simple chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — COMBY. Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant. (*Rev. internat. de méd.*, 25 fév.) — KUBORN. Les bains chauds dans la bronchopneumonie des enfants. (*Thèse de Paris.*) — MAGNAUX. Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la seconde enfance. (*Thèse de Paris.*) — CARRON DE LA CARRIÈRE. La constipation des bébés. (*Journ. des Praticiens*, 9 janv.) — BOOKER. Etude bactériologique et anatomique de la diarrhée estivale des enfants. (*John hopkins hosp. Rep.*, VI.) — AUSSET. Le gros ventre tympanique. (*Nord méd.*, 1er avril.) — PICOT. Injection sous-cutanée d'eau salée dans un cas de gastro-entérite chez un enfant de 2 mois et demi. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 39.) — CARRON DE LA CARRIÈRE. Sur une forme d'appendicite à répétition chez les enfants, ne se manifestant que par des crises de vomissements. (*J. de méd. Paris*, 17 janv.) — BAROZZI. Traitement des hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. (*Presse méd.*, 6 janv.) — MINGOUR et BERGONIÉ. Obstruction intestinale chez un enfant de 5 ans. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 avril.) — AVERILL. Péritonite tuberculeuse chez un enfant, laparotomie, guérison. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — FERGUS. Ictère des jeunes enfants. (*Glasgow med. j.*, janv.) — MARFAN. Cirrhose alcoolique chez une fillette de 4 ans. (*Bull. méd.*, 20 janv.) — FLATOW. Pathogénie de quelques formes d'œdèmes non albuminuriques chez les enfants. (*Med. Obozr.*, janv.) — GUTHRIE. La néphrite chronique interstitielle dans l'enfance. (*Lancet*, 27 fév.) — HELLENDALL. Rein contracté héréditaire chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXII, 1.) — THEODOR. Leucémie aiguë dans l'enfance. (*Ibid.*, XXII, 1.) — SANDALL. La fièvre ganglionnaire de l'enfance, un cas chez un enfant de 6 mois. (*Lancet*, 13 fév.) — FOX. Affections de la peau chez l'enfant. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — CHAMBARD-HÉNON. Fièvre typhoïde chez une fillette de 13 mois et demi nourrie au sein. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — COUTURE. La fièvre typhoïde chez l'enfant et son séro-diagnostic. (*Thèse de Paris.*) — LEMASLE. La desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — ROCAZ. Quelques particularités cliniques de la fièvre typhoïde chez les très jeunes enfants. (*Ann. policl. Bordeaux*, mars.) — MUGGIA. La quantité de fer contenue dans les viscères des enfants et ses rapports avec la durée de l'allaitement. (*Gaz. med. Torino*, 28 janv.) — CAUTLEY. Les procédés naturels et artificiels

Digitized by Google

d'alimentation des enfants. (*Londres.*) — Gillet. Régime alimentaire des enfants. (*Ann. policl. Paris*, mars.) — Espagne. Le sirop d'ipécacuanha chez l'enfant et chez l'adulte. (*N. Montpellier méd.*, 30 janv.) — Somma. Absorption de l'iodure et de la quinine par le rectum chez les enfants. (*Pediatria*, fév.) — Rey. Emploi de la tannalbine dans la pratique infantile. (*Deut. med. Woch.*, 14 janv.) — Comby. L'alcool chez les enfants. (*Méd. moderne*, 3 mars.) — Marfan. Complications de la vulvo-vaginite des petites filles. (*L'abeille méd.*, 17 avril.) — Ketch. Traitement orthopédique de la paralysie spasmodique chez les enfants. (*Med. News*, 27 mars) — Oddo. Le tétanos chez l'enfant. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 16 fév.) — Lamarque Céphalématome chez un enfant de 3 ans. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.) — Heineke. Des tumeurs malignes du rein chez l'enfant. (*Thèse de Munich.*) — Girard. Sarcome du rein chez un enfant de 3 ans. Laparotomie. Mort. (*Dauphiné méd.*, janv.) — Baginsky. Fracture de la voûte du crâne chez un enfant ; ponction lombaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 juill. 1896.) — Veslin. Sur un cas de hernie inguino-scrotale double avec fistule cutanée appendiculaire droite chez un enfant de 28 mois. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 827.) — Neumark. L'ostéomyélite chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXII, 3 et 4.) — Jacobson. Fibrome du tibia chez un nourrisson. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — Mlle de Chrzanowska. Du pneumothorax chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*)

Epilepsie. — J. Voisin. L'épilepsie. (In-8°, 420 p., *Paris.*) — Bruce. Action double du cerveau, ses rapports avec l'état épileptique. (*Scottish med. j.*, avril.) — Mairet et Vires. Un stigmate permanent de l'épilepsie. (*Bull. méd.*, 27 janv.) — Féré. Excès vénériens et épilepsie. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — Lemoine. De l'épilepsie par chloro-anémie et de son traitement. (*Nord méd.*, 1er janv.) — Clark. Attaques psychiques dans l'épilepsie. (*Med. Record*, 20 fév.) — Bannisten. Conditions de la conscience dans les attaques épileptiques. (*Amer. j. of insanity*, janv.) — Morin. Etiologie et traitement de l'épilepsie. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 757.) — Dapper. Des rapports de l'endocardite et de l'épilepsie. (*Thèse de Bonn.*) — Rouquette. Anatomie pathologique et diagnostic de la lithiase rénale chez les épileptiques. (*Thèse de Paris.*) — Féré. Asystolie post-épileptique. (*Rev. neurol.*, 30 mars.) — Ducceschi et Martini. Tumeur du lobe frontal ; néphrite aiguë ; épilepsie jacksonienne. (*Riforma med.*, 11 janv.) — Kigier. Paralysie paroxysmale de nature épileptique. (*Neurol. Centralb.*, 4.) — Flechsig. Du traitement de l'épilepsie. (*Ibid.*, 2.) — Suddeth. Méthodes modernes de traitement de l'épilepsie. (*Medicine*, avril.) — Cabitto. Le bain d'air chaud comme thérapeutique de quelques accès épileptiques. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 52.) — Bratz. Traitement de l'épilepsie par l'opium et le bromure. (*Neurol. Cent.*, 1, p. 47.) — Vandam. Epilepsie jacksonienne, traitement par la suggestion indirecte à l'état de veille, guérison. (*La clin. belge*, 14 janv.) — Berens. Epilepsie guérie par le traitement intra-nasal. (*Laryngoscope*, janv.) — Newbolt. Epilepsie traumatique, trépanation. (*Lancet*, 13 fév.) — Roux. Trépanation pour épilepsie traumatique sans résultat. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 582.)

Epithélium. — Retterer. Origine épithéliale des leucocytes et de la charpente réticulée des follicules clos. (*Soc. de biol.*, 20 mars.)

Epithélioma. — Tillaux. Epithélioma de la face. (*Progrès méd.*, 30 janv.) — Robinson. L'importance du traitement précoce de l'épithéliome malin cutané. (*Med. News*, 10 avril.)

Digitized by Google

Erysipèle. — Gabrielle. La contagion de l'érysipèle et de sa prophylaxie. (*Thèse de Lyon.*) — Ucke. Sur l'épidémiologie de l'érysipèle. (*Cent. f. Bakt.*, Erste Abth., XXI, p. 311.) — Koch et Petruschky. Recherches sur l'inoculation de l'érysipèle. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIII, 3.) — Ritter. De l'érysipèle avec terminaison par sclérème. (*Thèse de Heidelberg.*) — Friedrich. Pachydermie à la suite de l'érysipèle facial habituel. (*Münch. med. Woch.*, p. 33, 12 janv.) — Courmont. Le sérum de Marmorek n'immunise pas le lapin contre le streptocoque de l'érysipèle. (*Soc. de biol.*, 13 mars.) — Carrière. Erysipèle; injection de sérum antistreptococcique. Mort. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 fév.)

Erythème. — Thibierge. Erythème récidivant symétrique des extrémités. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 181.) — Hallopeau et Weil. Erythème provoqué par l'ichtyol. (*Ibid.*, VIII, p. 200.) — Frank. Un cas d'érythème scarlatiniforme. (*J. of cut. dis.*, mars.) — Nicolle et Halipré. Erythèmes nerveux récidivants. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Kent Monnet. Un érythème infectieux à Alger. (*Thèse de Lyon.*) — Lazard. Erythème infectieux d'origine indéterminée. (*J. de clin. et thér. inf.*, 21 janv.)

Estomac. — Schneyer. Les nerfs sécrétoires de l'estomac. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 131.) — Lobasow. Sur la sécrétion de l'estomac du chien. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1896.) — Lavrow. Chimisme de la digestion peptique et triptique des albumines. (*Vratch*, 13 mars.) — Mazzi. Influence des substances froides introduites dans l'estomac. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — Cautru. De l'hérédité des gastrites. (*Bull. méd.*, 6 janv.) — Benedikt. Les affections fonctionnelles de l'estomac. (*Med. and surg. Rep.*, 20 mars.) — Lyman. La gastrite catarrhale chronique. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 mars.) — Sansoni. Sur l'importance diagnostique des fragments de muqueuse gastrique retirés de l'estomac à l'état de vacuité. (*Giorn. Acad. med. Torino*, janv.) — Rumpel. Les catarrhes gastro-intestinaux indigènes à Hambourg en 1893 et 1894. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 993.) — Soupault. Sur un cas de gastrosuccorrée. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 janv.) — Liégeois. Comment on évite les gastropathies médicamenteuses. (*J. des Praticiens*, 16 janv.) — Godart-Danhieux. Quelques cas de troubles gastriques d'origne traumatique. (*La policl. Bruxelles*, 15 avril.) — Hayem. Sur un cas de chloro-dyspepsie avec neurasthénie. (*Méd. mod.*, 20 janv.) — Einhorn. Constipation et diarrhée, suite d'affections gastriques. (*Med. Record*, 27 fév.) — Lyman. Inflammation catarrhale aiguë de l'estomac. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 fév.) — Plesoianu. De l'hyperchlorhydrie et de son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Murdoch. L'usage et l'abus du tube stomacal. (*N. York med. j.*, 16 janv.) — De Buch. L'anorexie et la somatose. (*Belgique méd.*, 25 mars.) — Mathieu. Le traitement des crises paroxystiques de l'hyperchlorhydrie et des diverses formes de l'hyperchlorhydrie. (*Soc. de thérap.*, 13 janv.) — Baraduc. Galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorhydriques. (*France méd.*, 26 fév.) — Caussade. Ulcération gastrique, hématémèses foudroyantes, mort. (*Presse méd.*, 30 janv.) — Robin. Diagnostic et traitement de l'hématémèse. (*Semaine méd.*, 24 fév.) — Obratzow. Sur la dilatation de l'estomac. (*Vratch*, 2 janv.) — Pepper et Stengel. Diagnostic de la dilatation de l'estomac. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — Tuffier et Marchais. Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique. (*Rev. de chir.*, fév.) — Hayem. Sténose incomplète du pylore, prétendue maladie de Reichmann. (*Presse méd.*, 31 mars.) — Aaron. Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 mars.) — Deguy. Diagnostic du cancer de l'estomac. (*J. des Praticiens*, 16 janv.) — Martin. Rétrécissement néoplasique du pylore. (*J. méd. Bordeaux*, 21 fév.) — Lyman. Le

Digitized by Google

cancer de l'estomac. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 mars.) — PLITECK. Sur la coexistence du cancer et de l'ulcère de l'estomac. (*Morgagni*, janv.) — LYONNET. Linites cancéreuses, ganglions de Troisier, ascite chyleuse, généralisation au cœur. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — POWELL. Affections malignes de l'estomac. (*Practitioner*, fév.) — CHAINE. Cancer du pylore sans hématurie ni melœna. Cancer du foie. (*J. méd. Bordeaux*, 31 janv.) — GAUTHIER. De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac. (*Thèse de Lyon.*) — BRULARD. Massage de l'estomac. (*Bourgogne méd.*, mars.) — LINDEMANN. Action curative des bains de mer sur les affections de l'estomac. (*Therap. Woch.*, 11 avril.) — SCHMIEDEN. De la chirurgie de l'estomac. (*Thèse de Bonn.*) — RUTGERS. Les opérations sur l'estomac. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — SILCOCK. Perforation d'un ulcère de l'estomac, laparotomie, suture, guérison. (*Lancet*, 24 avril.) — BÉGOUIN. Ulcère latent de l'estomac, perforation. (*J. méd. Bordeaux*, 24 janv.) — HAWKINS et WALLACE. 2 cas de perforation d'ulcère stomacal opérés et guéris. (*Brit. med. j.*, 10 avril.) — CLARKE. Ulcére perforé de l'estomac, opération, guérison. (*Lancet*, 20 mars.) — MORSK. 3 cas de rupture d'ulcère de l'estomac traités par la laparotomie, suture et lavages du péritoine. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — HERESCO et CLAISSE. Ulcère rond de l'estomac, perforation, péritonite suraiguë, mort. (*Soc. anat. Paris*, 8 janv.) — BORCHGREVINK. Ulcère de l'estomac avec perforation traité par la laparotomie. (*Norsk Mag.*, janv.) — DELAGENIÈRE. De l'exploration intra-stomacale après gastrostomie. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 258.) — MYCHE. Sur la technique de la gastro-entérostomie. (*Letopis de chir. russe*, n° 6.) — ROUX. De la gastro-entérostomie, opérations pratiquées de 1888 à 1896. (*Rev. de gyn.*, janv.) — NOVÉ-JOSSERAND et ROUBION. Tumeur du pylore, gastro-entérostomie, pylorectomie. (*Lyon méd.*, 28 fév. et 7 mars.) — JAYLE. Un cas de gastro-entérostomie avec entéro-anastomose par la méthode de Souligoux. (*Presse méd.*, 3 mars.) — DEFONTAINE. De la gastro-entérostomie dans les dyspepsies ou gastrites rebelles. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 145.) — VILLARD. 2 cas de gastro-entéro-anastomose avec le bouton de Murphy. (*Lyon méd.*, 24 janv.) — HASLANS. Gastro-jéjunostomie pour obstruction pylorique. (*Birmingham med. review*, avril.) — THOMPSON. Polype du pylore avec intussusception. (*J. of anat.*, avril.) — CAUJOLE. La pyloroplastie. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 janv.) — OLIVER et PAGE. Cas, avec succès, de pyloroplastie. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — LANGENBUCH. Une opération d'estomac en sablier. (*Berl. klin. Woch.*, 21 sept. 1896.)

Exanthème. — SCHMEY. Exanthèmes par l'ingestion de salipyrine. (*Ther. Mon.*, mars.) — THOMSON. Dermatite grave consécutive à une application d'essence de térébenthine. (*St-Petersb. med. Woch.*, 20 mars.) — DUBREUILH. Intolérance pour le bismuth, érythème. (*Soc. de thérap.*, 7 avril.) — CORIVEAUD. Un cas d'érythème hydrargyrique. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.) — SHEPHERD. Un cas d'éruption purpurique terminé par gangrène, causé par le salicylate de soude. (*J. of cut. dis.*, janv.)

F

Face. — YONGE. Un cas d'hémiatrophie faciale. (*Brit. med. j.*, 6 mars.) — WOLFF. Un cas d'hémiatrophie faciale progressive. (*Münch. med. Woch.*, p. 9. 5 janv.) — DUPLAY. Les tumeurs de la joue. (*Méd. mod.*, 17 mars.)

Digitized by Google

Ferment. — Hage. Note sur la fermentation. (*Arch. de méd.*, février.) — Pfeiderer. Action de la pepsine et du lab ferment. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 605.) — Lépine. Sur le ferment glycolytique. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Hanriot et Camus. Sur le dosage de la lipase. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Camus. Formation de lipase par le penicillium glaucum. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — Camus. Influence du $NaCO^2$ et de la phénolphtaléine sur le dosage de la lipase. (*Ibid.*) — Buchner. Fermentation alcoolique sans globules de levure. (*Berichte deut. chem. Ges.*, XXX, p. 117.) — Sanguineti. Étude de l'amyloces Rouxii, de la levure chinoise et des moisissures ferments de l'amidon. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 264.) — Abelous et Biarnes. Sur l'existence d'une oxydase chez les crustacés. (*Arch. de phys.*, IX, p. 277.) — Bourquelot. Sur la présence de ferments oxydants dans quelques substances médicamenteuses. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Cazeneuve. Sur le ferment soluble oxydant de la casse des vins. (*J. de pharm.*, 15 mars.) — Koch. Valeur thérapeutique des ferments diastasiques. (*Thèse de Bonn.*)

Fièvre. — Schaefer. La température dans la fièvre. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Gabritchewsky. Réponse à Metchnikoff et réplique de ce dernier. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 238 et 245.) — Pillon. Fièvre traumatique aseptique. (*Presse méd.*, 27 mars.) — Caiger. Les rechutes dans les fièvres spécifiques. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIV, p. 177.) — Wright et Smith. Apparition de la fièvre de Malte dans les Indes. (*Brit. med. j.*, 10 avril.) — Williams. La fièvre ganglionnaire dans l'enfance. (*Lancet*, 16 janv.)

Fistule. — Berger. Fistule branchiale du cou. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 99.) — Berger. Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urètre, guérison. (*Ibid.*, XXIII, p. 142 et *Ann. de gyn.*, mars.) — Bishop. Nouvelle opération pour fistule vésico-vaginale. (*London med. Soc.*, 23 janv.) — Condamin. De la colpotomie antérieure comme opération préalable à la restauration des grandes fistules vésico-vaginales et utéro-vaginales. (*Province méd.*, 13 fév.) — Lipinsky. 2 cas de fistules vésiso-vaginales guéris par l'opération d'épisiocleisis avec fistule recto-vaginale artificielle. (*Ann. de gyn.*, mars). — Fuller. Procédé de traitement des fistules urétro-rectales. (*J. of. cutan. dis.*, avril.) — Herz. Des fistules uretérales. (*Thèse de Fribourg.*) — Trogneux. Des fistules ombilico-vésicales. (*Thèse de Paris.*)

Foie. — Hammar. Des premiers vestiges de développement embryonnaire du foie (*Anat. Anz.*, XIII, p. 233.) — Swaen. Sur le développement du foie, du tube digestif, de l'arrière-cavité du péritoine et du mésentère. (*J. de l'anat.*, janv.) — Prenant. Rapports du noyau et du corps protoplasmique dans les cellules des tubes hépatiques de l'oniscus murarius. (*Soc. de biol.*, 6 févr.) — François Franck et Hallion. Sur l'innervation vaso-motrice du foie. (*Arch. de phys.*, IX, p. 434 et 448.) — Ferrari. Physiologie pathologique de la cellule hépatique. (*Riv. venet. sc. med.*, 15 mars.) — Colasanti. La ponction protectrice du foie. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 358.) — Delezenne. Rôle du foie dans l'action anticoagulante des extraits d'organes. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Auvray. Expériences de résection du foie pratiquée sur le foie du chien et le foie de l'homme. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv. et *Rev. de chir.*, avril). — Mairet et Vires. Toxicité du foie. (*Arch. de phys.*, IX, p. 353).— Wertheimer et Lepage. Sur les voies d'absorption des pigments dans le foie. (*Ibid.*, p. 363.) — Guillemonat. Teneur en fer du foie et de la rate chez le fœtus humain. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Chrétien. De l'asystolie hépatique. (*Presse méd.*, 20 fév.) — Edermann. De la colique hépatique puerpérale. (*Münch. med. Woch.*, p. 35, 12 janv.) — Holle-

Digitized by Google

FELD. De l'hypertrophie compensatrice du foie. (*Thèse de Gottingue.*) — LE GENDRE. De quelques gros foies. (*Semaine méd.*, 20 janv.) — RAMOND. Pathogénie des cirrhoses du foie. (*Presse méd.*, 21 avril.) — KELYNACK. 121 cas de cirrhose du foie. (*Birmingham med. Review*, fév.) — DUCKWORTH. De la cirrhose du foie. (*Practitioner*, mars.) — KELYNACK. Cirrhose nodulaire du foie chez les jeunes sujets alcooliques. (*Edinb. med. j.*, fév.) — LYONNET. Cirrhose du foie. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — LETULLE. Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique. (*Presse méd.*, 24 mars.) — FAITOUT. Cirrhose atrophique à marche aiguë, varices œsophagiennes. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — CASTAIGNE. Sur un cas de cirrhose de Laënnec ayant évolué pendant 25 ans. (*Ibid.*) — MAUGER. Cirrhose atrophique chez une femme morte à 88 ans. (*Ibid.*, 19 mars.) — MILIAN. Adénome du foie avec cirrhose pigmentaire, lithiase biliaire, carcinome de la parotide, épithélioma du poumon. (*Ibid.*, 19 mars.) — REGAUD. De l'hémosidérose viscéral et des cirrhoses du foie pigmentaires, cirrhose atrophique avec hémosidérose. (*Soc. de biol.*, 10 avril.) — DUMSTREY. Un cas de cirrhose hypertrophique du foie. (*Deut. med. Woch.*, 7 janv.) — BONARDI. De la splénomégalie consécutive à la cirrhose du foie. (*Gaz. d. Osped.*, 3 janv.) — HEYDENRICH. Emphysème du foie. (*Cent. f. Bakt., Erste Abth.*, XXI. p. 306.) — KORN. Étude bactériologique d'un abcès du foie. (*Cent. f. Bakt.*, 1 Abth., XXI, p. 433). — PEYROT et ROGER. Sur un cas d'abcès dysentérique du foie, ne contenant que des amibes. (*Rev. de chir.*, fév.) — BOINET. 3 cas de grands abcès du foie nostras, d'origine dysentérique. (*Rev. de méd.*, janv.) — CLAUDE. Sur les lésions du foie et des reins. (*Thèse de Paris.*) — MAYO. Plaie du foie par coup de feu, opération immédiate, guérison. (*N. York med. j.*, 20 mars.) — IKAVITZ. Cas de traumatisme du foie à travers la paroi postérieure du thorax. (*Chirurgie russe*, janv.) — MOIR. Fistule hépatique fermée après 16 mois. (*Lancet*, 24 avril.) — GUÉNIOT. Sur un tiraillement douloureux à distance dans le foie mobile. (*Gaz. des hôp.*, 1er avril.) — VANVERTS. Rupture du foie. (*Soc. anat. Paris*, 12 mars.) — BRAMWELL. Enorme sarcome primitif du foie. (*Lancet*, 16 janv.) — SCHRADER. Extirpation d'une tumeur du foie. (*Deut. med. Woch.*, 11 mars.) — SEGOND. Sur un cas de cancer primitif du foie traité par l'ablation. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 764).

Fracture. — SCHRŒTER. Moyen de diagnostic dans les cas de fractures douteuses. (*Cent. f. Chir.*, 3 avril.) — LIERMANN. Premiers soins à donner dans les traumatismes graves des membres inférieurs. (*Deut. milit. Zeit.*, janv.) — WOOLSEY. Massage dans le traitement des fractures. (*Med. News*, 20 mars.) — ANNEQUIN. Traitement des fractures par le massage et la mobilisation. (*Dauphiné méd.*, janv.) — MILLER. Emploi du massage et de la congestion passive contre les fractures. (*Practitioner*, mars.) — HENNEQUIN. Étude critique sur le traitement ambulatoire. (*Rev. d'orthop.*, janv.) — PRICHARD. 2 cas de fracture de l'os frontal. (*Bristol med. chir. j.*, mars.) — KREIS. Des fractures du sternum. (*Thèse de Greifswald.*) — DELBET. Pseudarthrose bilatérale du 1er arc chondro-costal. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — DURRIEUX. Fractures multiples de la colonne et des côtes de cause indirecte. (*Ibid.*, 19 fév.) — SONNENBURG. Fracture du rachis cervical guérie. (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin 1896.) — EDGAR. Fracture de la clavicule par action musculaire. (*Montreal med. j.*, févr.) — SPENCER. Traitement des fractures de la clavicule par l'incision et la suture. (*Amer. j. of med. sc.*, avril). — ALBERTIN. Fracture juxtaépiphysaire de l'humérus. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — BIBARD. Des causes externes de décollement de l'épiphyse humérale supérieure. (*Thèse de Paris.*) — LOEW. Suite des fractures de l'épaule, étude statistique. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 462.) — WALTHER. De l'intervention chirurgicale

Digitized by Google

dans les décollements de l'épiphyse supérieure de l'humérus. (*Rev. d'orthop.*, janv.) — Jalaguier. Fractures de l'olecrane. (*Thèse de Paris.*) — Thomas. Pathologie de la double fracture de Colles, skiagraphes. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Dudouyt. Des fractures de l'extrémité inférieure du radius. (*Thèse de Paris.*) — Roberts. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — Chalufour. Du traitement des fractures de la rotule. (*Thèse de Paris.*) — Jakowlew. Traitement des fractures de la rotule. (*Vratch.*, 13 fév.) — Martin et Andérodias. Fracture de la rotule traitée par la suture osseuse, guérison en quinze jours. (*J. méd. Bordeaux*, 31 janv.) — Flœrsheim. Le cerclage dans les fractures de la rotule. (*J. des Praticiens*, 13 fév.) — Lejars. Le cerclage de la rotule. (*Presse méd.*, 20 mars). — Clutton. Traitement de la fracture de la rotule, récente et tardive, par une opération. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIV, p. 121.) — Læw. Fracture condylienne du genou. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 422.) — Porzelt. Des fractures du genou par compression. (*Thèse de Bonn.*) — Kuhn. Traitement des fractures de cuisse par la flexion combinée à l'extension. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Ducret. De la blessure des vaisseaux artériels dans les fractures de jambe. (*J. sc. méd. Lille*, 13 fév.) — Kaempffer. Thrombose veineuse à la suite d'un bandage plâtré pour fracture de jambe. (*Deut. med. Woch.*, 17 fév.) — Ferraton. Pseudarthrose consécutive à une fracture de jambe compliquée de plaie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 42.) — Ozenne. Fracture du tiers supérieur du péroné de cause indirecte. (*Bull. Soc. méd. et chir. prat.*, 4 mars.) — Ozenne. Sur un cas de fracture du péroné par cause indirecte avec entorse tibio-péronière. (*J. de méd. Paris*, 11 avril). — Franchet. Traitement des fractures de jambe, méthode d'Helferich. (*Thèse de Paris.*) — Fiske. Traitement ambulatoire des fractures de jambe. (*Med. News*, 13 fév.) — Doubre. De la déambulation dans le traitement des fractures du membre inférieur. (*Bull. méd.*, 28 fév.) — Wœrner. Traitement des fractures de jambe, par l'appareil ambulatoire. (*Corr.-Bl. Wurt. aerzte.*, 3 avril.) — Berne. Traitement massothérapique des fractures du péroné. (*Rev. de thér. méd. chir.*, janv.)

Fulguration. — Pélissié. De la mort par la foudre. (*Thèse de Lyon.*) — Turquan. Les sinistres agricoles, la foudre, les foudroyés. (*Rev. scient.*, 7 nov. 1896.)

G

Gangrène. — Hintner. Un cas de gangrène multiple de la peau. (*Thèse de Munich.*) — Méderic Caillaud. Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, janv.) — Lavisé. Gangrène à marche rapide du membre supérieur. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Apert. Sur un cas de gangrène sèche du membre inférieur. (*Bull. méd.*, 17 mars.) — Morestin. Gangrène phéniquée. (*Soc. anat. Paris*, 8 janv.)

Gelure. — Wright. Pathologie et traitement des engelures. (*Lancet*, 30 janv.) — Thibierge. Les engelures et leur traitement. (*J. des Praticiens*, 9 janv.)

Digitized by Google

Génitaux (Org.). — Picard. Remarques sur les organes génitaux. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Keiffer. Essai de physiologie sexuelle générale. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Spina. Contribution expérimentale à l'étude de l'érection et de l'éjaculation. (*Wiener med. Blätter*, 11 mars.) — Ward. Un cas de priapisme persistant. (*Lancet*, 24 avril.) — Didier. Eruption zostériforme de la verge. (*Nord méd.*, 1er janv.) — Brothers. Un cas de gangrène du pénis après circoncision. (*Med. Record*, 30 janv.) — Page. Phimosis d'origine traumatique. (*J. of cutan. dis.*, avril.) — Sortino. Opération du phimosis. (*Gaz. d. Osped.*, 7 mars.) — Cestan. Kyste mucoïde du gland. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — Gauthier. Fibrome énorme des bourses. (*Lyon méd.*, 4 avril.) — Dujon. Sur les bartholinites. (*Thèse de Paris.*)— Labusquière. Du prurit vulvaire. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Hellier. Hydrocèle du canal de Nuck. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — Muellerheim. Artériosclérose des organes génitaux de la femme. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 355.) — Meyer. Hématosalpynx avec doubles organes génitaux. (*Ibid.*, XXXVI, p. 310.) — Lemichez. De l'hématocèle paravaginale. (*Thèse de Paris.*) — Fraikin. Papillome de la grande lèvre. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.) — Leroy des Barres. Du kraurosis de la vulve. (*Semaine gyn.*, 13 avril.) — Pichevin et A. Pettit. Sur le kraurosis vulvæ. (*Soc. obst. et gyn.*, 11 fév.) — Fischer. Sur la vulvite pultacée. (*Wiener med. Woch.*, 10 avril.) — Berry. Atrésie par cloison transversale du tiers inférieur du conduit génital. (*Scottish med. j.*, avril.)

Géographie médicale. — Hébrard. Côtes d'Ivoire, considérations hygiéniques. (*Arch. de méd. nav.*, mars.)— Laugier. Géographie médicale, Madagascar et Mozambique. (*Ibid.*, avril.) — Fiaschi. Obs. médicales et ethnologiques sur le Somali et l'Érythrée. (*Austral. med. Gaz.*, 20 janv.) — Mc Kie. La démence et la tuberculose chez les nègres du sud. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 mars.)

Glaucome. — Gros. L'hydrophtalmie ou glaucome infantile. (*Thèse de Paris.*) — Lange. Du glaucome dans ses rapports avec les maladies générales. (*Samml. Abhandl. aus Gebiete d. Augenh.*, I, 6.) — Czermak. Développement et évolution de l'attaque de glaucome prodromique et aiguë. (*Prager med. Woch.*, 7 janv.)

Goutte. — Luff. Chimie et pathologie de la goutte. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — Wade. La goutte arthritique. (*Ibid.*, 27 fév.) — Froehlich. Pathogénie de la goutte. (*J. Americ. med. Ass.*, 30 janv.) — Cornillon. Influence du traumatisme sur l'apparition de la goutte. (*Progrès méd.*, 2 janv.) — Sternberg. Traitement ancien et moderne de la goutte. (*Deut. med. Woch.*, 11 mars.) — Vyckhodzeff. Borjom dans le traitement de la goutte. (*Vratch*, 27 avril.) — Levison. Le traitement de la goutte et de ses formes chroniques. (*St-Petersb. med. Woch.*, 16 janv.) — Ransom. Le traitement de la goutte. (*Med. Record*, 6 fév.)

Greffe. — Laurent. La greffe cutanée. (*La clin. belge*, 4 fév.) — Miller. Greffe cutanée. (*Practitioner*, avril.) — Sullivan. Greffe de la peau chez un enfant de 10 jours. (*Med. Record*, 9 janv.)

Grippe. — Lindenthal. L'influenza sporadique. (*Wiener klin. Woch.*, 15 avril.) — Mc Claughry. L'influenza, cause de l'augmentation des cas d'aliénation mentale en Irlande. (*Dublin Journ.*, fév.) — Schuermayer. Complication et suites de l'influenza. (*Bâle*, 1896.) — Roux. Les complications de la grippe. (*Gaz. des hôp.*, 27 avril.) — Volpillac. Les complications cardiaques de la

Digitized by Google

grippe. (*Ann. policlin. Bordeaux*, janv.) — Brown. La désinfection de la bouche dans le traitement de la grippe. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 janv.)

Grossesse. — Webster. Les modifications de la muqueuse utérine pendant la grossesse. (*Amer. gyn. j.*, mars.) — Gardner. Le diagnostic précoce de la grossesse. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Bonnaire. Examen de la femme enceinte. (*Presse méd.*, 3 mars.) — Knapp. Acétone dans l'urine des femmes enceintes, comme signe de mort intra-utérine du fœtus. (*Cent. f. Gyn.*, 24 avril.) — Wild. Contenu en hémoglobine et nombre des globules rouges et blancs dans le sang des femmes grosses et accouchées. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 363.) — Déjouany. De la grossesse double au point de vue médico-légal. (*Thèse de Lyon.*) — Sourowtzew. Utérus bifide, vagin double, grossesse avec intégrité de l'hymen. (*Vratch*, 16 janv.) — Spitzer. Grossesse et utérus double. (*Wiener klin. Woch.*, 8 avril.) — Pruvost. Utérus double, cinq grossesses. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — Goode. Grossesse quadruple. (*Lancet*, 27 fév.) — Valenta. Femme ayant eu 32 enfants en 11 grossesses. (*Wiener med. Woch.*, 9 janv.) — Mills. Un cas de superfétation. (*Lancet*, 13 mars.) — Merletti. Sur l'auto-infection gravidique. (*Morgagni*, part. 2, 23 janv.) — Delore. Intoxication de la mère par le fœtus. (*Lyon méd.*, 17 janv. et *Écho méd. Lyon*, 15 fév.) — Tarnier. Rapport des névroses avec la grossesse et l'accouchement. (*Presse méd.*, 10 avril.) — Sears. Quatre cas de grossesses compliquées de maladies de cœur. (*Boston med. Journ.*, 25 fév.) — Festenberg. Chorée grave pendant la grossesse dégénérant en manie, guérison par l'accouchement prématuré. (*Deut. med. Woch.*, 25 mars.) — Navas. Des pyélo-néphrites gravidiques. (*Thèse de Lyon.*) — Guyot. Compression de l'uretère droit par un utérus gravide. (*J. méd. Bordeaux*, 14 mars.) — Cuthbert. Traitement général des malades pendant la grossesse. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Zweifel. De la mort subite dans la grossesse et l'accouchement. (*Cent. f. Gyn.*, 9 janv.) — Nau. Des fœtus macérés dans la deuxième moitié de la grossesse. (*Thèse de Marbourg.*) — Biot. De la rétention prolongée et sans accidents de fœtus morts dans la cavité utérine. (*Lyon méd.*, 28 fév.) — Wight. Mort du fœtus aux différentes périodes de la grossesse gémellaire. (*N.-York med. j.*, 16 janv.) — Loehlein. De la rotation axiale de l'utérus gravide. (*Deut. med. Woch.*, 15 avril.) — Murray. De la rétroflexion et de la rotation de l'utérus gravide et puerpéral. (*Edinb. med. j.*, fév.) — Dorland. Complications de la grossesse et dystocie dues à la fixation antérieure de l'utérus. (*Amer. j. of obst.*, p. 112, janv.) — Fieux. Fibrome et grossesse. (*Bull. méd.*, 18 avril.) — Varnier et Delbet. Rétroflexion complète de l'utérus gravide, obstruction pelvienne par un fibrome adhérent, hystérectomie abdominale totale, guérison. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Monod. Fibrome utérin, grossesse, hystérectomie abdominale. (*Ibid.*) — Kidd. Trois cas de grossesses ectopiques. (*Dublin Journ.*, 1er mars.) — Smith. Un cas de grossesse tubaire, laparotomie, guérison. (*Ibid.*, janv.) — Wyman. Notes sur un cas de grossesse extra-utérine; rupture du sac; opération et guérison. (*Med. Record*, 18 fév.) — Prewitt. La grossesse extra-utérine. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 janv.) — Gilford. 2 cas de grossesse ectopique, rupture du sac dans la 3e semaine, laparotomie dans un cas, guérison. (*Lancet*, 20 fév.) — Stinson. Grossesse extra-utérine, quand doit-on opérer? (*Ther. Gaz.*, 15 mars.) — Rosenthal. Un cas de grossesse extra-utérine intra-pariétale. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Brothers. 4e cas de rupture d'une grossesse tubaire. (*N.-York med. j.*, 2 janv.) — Boldt. Grossesse ectopique. (*Med. News*, 17 avril.) — Ayers. Grossesse tubo-abdominale et délivrance d'un fœtus vivant à 7 mois. (*Ibid.*) — Jordan. Grossesse tubaire dans une hernie inguinale. (*Münch. med. Woch.*, 5 janv.) — Broese. Grossesse tubaire,

Digitized by Google

rupture. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 377.) — Kratz. 6 cas de grossesse extra-utérine. (*Thèse de Bonn.*)

Gymnastique. — Somerville. La gymnastique médicale. (*Scottish med. j.*, mars.) — Perrin. Sur la valeur de la gymnastique dans l'éducation physique. (*Thèse de Lyon.*)

Gynécologie. — Heitzmann. Les limites de la chirurgie gynécologique. (*Cent. f. ges. Therap.*, mars.)—Smith. Etiologie des maladies particulières à la femme. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 fév.) — Ford. Le drainage à la gaze en chirurgie gynécologique. (*Med. News*, 27 fév.)

H

Helminthes. — Cerfontaine. A propos d'une note de Askanazy sur la trichinose. (*Cent. of Bakt.*, 1 *Abth.* XXI, p. 402.)— Réponse de Askanazy. (*Ibid.*, p. 405.)—Bensley. 2 formes de distomum cygnoïdes. (*Ibid.*, *Erste Abth.*, XXI, p. 326.) — Jamieson. Production d'ictère par le distoma sinense. (*Austral. med. Gaz.*, 20 fév.)— Young. Filariose, varices du scrotum et des ganglions inguinaux. Mort. (*Brit. med. j.*, 24 avril.) — Galgey. Fréquence de l'ankylostomiase à St-Lucia et son traitement. (*Ibid.*, 23 janv.) — Depied. La lucilia hominivorax au Tonkin. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Arrault. Des perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes. (*Thèse de Paris.*) — Variot. Péritonite suppurée mortelle, lombricose intestinale, perforations multiples de l'intestin. (*J. de clin. infant.*, 18 fév.) — Kuss. Diagnostic de la ladrerie dans l'espèce humaine. (*Méd. mod.*, 20 mars.) —

Hémoglobinurie. — Chagnaud et Thizée. Hémoglobinurie d'origine toxique. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 127.)— Dumas. Obs. d'urines noires déterminées par la quinine, hémoglobinurie quinique. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Hémorragie. — Bienwald. Un cas d'hémophilie. (*Deut. med. Woch.*, 7 janv.) — Vickery. L'hémophilie. (*Boston med. Journ.*, 11 mars.) — Jaccoud. Pronostic des hémoptysies. (*J. de méd. et de chir. pratiques*, 10 fév.) — Robin. De l'hématémèse. (*L'Abeille méd.*, 20 mars.) — Annequin. Hémorragie des vaisseaux poplités au cours d'un phlegmon, mort. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Orlowski. L'étiologie de l'hémorragie chez le nouveau-né. (*Thèse de Paris.*) — Phillips. Hémorragie idiopathique de l'ombilic chez un enfant. (*Brit. med. j.*, 17 avril.) — Ford. Hémorragie mortelle par une petite plaie de la vulve. (*N.-York med. j.*, 9 janv) — Lamy. Des métrorragies chez les jeunes filles à l'époque de la puberté. (*Thèse de Nancy.*) — P. Petit. Angiosclérose et métrorragies rebelles. (*J. de méd. Paris*, 10 janv.) — Benckiser. Traitement des hémorragies dans la grossesse et l'accouchement et traitement de l'anémie aiguë. (*Samml. Abandl. aus Geb. d. Frauenh.*, I, 7.) — Kumpf. Des hémorragies post partum par atonie utérine. (*Cent. f. Gyn.*, 20 mars.) — Amillet. Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée. (*Thèse de Paris.*) — Atthill. Sur l'hémorragie post partum, l'action

Digitized by Google

de l'ergot dans la grossesse. (*Brit. med. j.*, 6 mars.) — Olivier. Des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorragies post partum. *L'Obstétrique*, 15 janv.) — Skène. L'électro-cautère comme hémostatique. (*N.-York med. j.*, 27 mars.) — Cazis de Lapeyrouse. De l'action hémostatique de l'eau chaude en obstétrique. (*Thèse de Paris.*)

Hémorroïdes. — Eliot. L'opération des hémorroïdes. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.)

Hérédité. — Barr. Étude de l'hérédité. (*J. of nerv. diseases*, mars.)

Hernies. — Eichner. De la tuberculose herniaire. (*Thèse de Munich.*) — Lebœuf. De la hernie épigastrique. (*Thèse de Paris.*) — Lothrop. Un cas de hernie épigastrique. (*Boston med. journ.*, 25 fév.) — Chambrelent et Princeteau. Un cas de hernie diaphragmatique congénitale. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.) — Maragliano. Diagnostic de la hernie diaphragmatique. (*Gaz. d. Osped.*, 14 fév.) — Moulonguet. Hernie inguinale et congénitale. (*Gaz. méd. Picardie*, janv.) — Moulonguet. Sur une variété de hernie inguinale congénitale. (*Nord méd.*, 1er fév.) — André. Hernie inguinale congénitale double, hernie du cæcum à gauche. (*Bull. méd.*, 11 avril.) — Jonnesco. Nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales. (*Cent. f. Chir.*, 27 mars.) — Brault. Cure radicale de la hernie inguinale, 102 cas. (*Gaz. des hôp.*, 23 mars.) — Knuepfer. De la cure radicale des hernies inguinales. (*Thèse de Greifswald.*) — Bégouin. Hernie crurale étranglée. (*J. méd. Bordeaux*, 21 mars.) — Stecchi. Hernie crurale. (*Riv. veneta sc. med.*, 15 mars.) — Cioranu. — Hernie crurale droite étranglée et réduite par le taxis par traction et pression. (*Viener med. Blätter*, 18 fév.) — Mc Cosh. Hernie ombilicale congénitale. (*N.-York med. j.*, 20 fév.) — Weil. Omphalocèle congénitale.(*Soc. Anat. Paris*, 29 janv.) — Berger. Hernie épiploïque sous-ombilicale. (*L'Abeille méd.*, 6 fév.) — Ransohoff. La cure radicale de la hernie ombilicale par l'omphalectomie. (*Med. Record*, 30 janv.) — Sebileau. Traitement de la hernie ombilicale. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 mars.)—Boise. Opération de hernie ombilicale chez un enfant de 7 heures. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Schwartz. De la hernie péritonéo-vaginale. Cure radicale. (*J. des Praticiens*, 20 fév.) — Kaufmann. Un cas de hernie interne paravésicale étranglée. (*Thèse de Greifswald.*) — Samter. Hernie interne rétrovésicale. (*Thèse de Rostock.*) — Michelet. Du canal vaginopéritonéal, ses transformations et les hernies rares auxquelles elles peuvent donner lieu. (*Thèse de Lyon.*) — Briançon. Des hernies de l'appendice herniaire. (*Thèse de Paris.*) — Newbolt. Hernie crurale, appendice dans le sac. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — Walker. Hernie cæcale étranglée chez une femme de 67 ans; opération; guérison. (*Med. Record*, 13 fév.) — Dehner. 2 cas de hernie obturatrice. (*Thèse de Fribourg-en-B.*)—Sinigar. Hernie obturatrice étranglée. (*Brit. med. j.*, 6 mars.) — Coley. Cure radicale de la hernie. (*Annals of surg.*, mars.) — Rockey. La cure radicale de la hernie chez les individus âgés de plus de 60 ans. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — Demars. De la cure radicale des hernies par les injections de chlorure de zinc. (*Bull. méd.*, 28 avril.) — Link. Trente cures radicales de hernies d'après la méthode de Bassini. (*Wiener med. Woch.*, 6 fév.) — Smirennomoudrenski. Quatre cas d'herniotomie d'après le procédé de Bassini. (*Vratch*, 6 fév.) — Lannelongue. Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de ZnCl, technique opératoire) (*Bull. méd.*, 3 mars.) — Barette. 3 obs. de suture intestinale pour lésions consécutives à la gangrène herniaire. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 772.) —Launay et Wiart. 2 cas de hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.)

Digitized by Google

Histologie. — Mayer. La coloration des noyaux cellulaires. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 313.) — Ivanoff. Sur la coloration complémentaire par la fuchsine des coupes du cerveau, traité par la méthode de Weigert Pal. (*Vratch*, 6 mars.) — Pick. Méthode rapide de préparation des coupes pour le diagnostic histologique. (*Brid. med. j.*, 16 janv.) — Robertson. Modification à la méthode de Heller de coloration des fibres nerveuses. (*Ibid.*, 13 mars.) — H. Plenge. Sur la technique des coupes faites par la congélation des pièces durcies dans le formol. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIV, 3.) — Sabrazés. Méthode de coloration histologique par la thionine et l'acide picrique (*Soc. de biol.*, 16 janv.)

Hôpital. — Kohos. Une visite à l'hôpital St-Spiridon de Jassy. (*Méd. orientale*, avril.) — Sorel. Assistance chirurgicale instantanée, organisation d'un service de prompt secours au Havre. (*Arc. prov. de chir.*, VI, p. 239.) — Latouche. Plan de la clinique chirurgicale d'Autun. (*Centre méd.*, 1er mars.)

Hoquet. — Martelli. Du hoquet et de son traitement par l'extension de la langue. (*Thèse de Toulouse*, 1896.)

Hydrothérapie. — Comby. L'eau froide en médecine infantile. (*Méd. mod.* 2 janv.) — Vierordt. De l'introduction de l'hydrothérapie dans l'enseignement pratique. (*Deut. med. Woch.*, 11 mars.)

Hydatide. — Fruginèle. Kyste hydatique de l'orbite. (*Riforma med.*, 2 mars. — Juergens. Des hydatides du cou. (*Thèse de Greifswald.*) — Bertelé. Des kystes hydatiques des muscles de la face. (*Thèse de Lyon.*) — Spencer. Hydatides de la plèvre, du mésentère, du foie. (*London clin. Soc.*, 9 avril.) — Lloyd. Kystes hydatiques de la région dorsale, compression de la moelle. (*Amer. med. Bull.*, 5 déc.) — Conti. Coliques hépatiques par échinocoques (*Gaz. d. Osped.*, 21 fév.) — Parker. Rupture traumatique mortelle d'un kyste hydatique du foie. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — Barette. Kyste hydatique du lobe droit du foie. (*Année méd., Caen*, 15 janv.) — Barette et Chevrel. Kyste hydatique du lobe droit du foie. (*Ibid.*, 15 mars.) — Kueppers. Des echinocoques du bassin. (*Thèse de Greifswald.*) — Benoit. Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. (*Thèse de Paris.*) — Thiéry. Kyste hydatique suppuré du grand pectoral. (*Gaz. des hôp.*, 30 janv.) — Morestin. Kyste hydatique du biceps. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — Vanverts. Kyste hydatique de l'os iliaque et du fémur. (*Ibid.*, 30 janv.) — Flœrsheim. Les kystes hydatiques du fémur. (*J. des Praticiens*, 13 fév.) — Niedermayer. Du diagnostic de l'échinocoque. (*Viener med. Blätter*, 1er avril.)

Hygiène. — Croik. Leçon sur l'hygiène, la santé publique. (*Montreal med. j.*, nov. 1896.) — Prausnitz. Manuel d'hygiène. (In-8°, 507 p., *Munich.*) — Hotz. La propreté est le premier principe de l'hygiène. (*J. Americ. med. Ass.*, 6 fév.) — Rapport sur les conditions hygiéniques et l'administration du district métropolitain et des écoles privées. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — Bloch. L'assistance médicale dans les campagnes. (*Thèse de Paris.*) — Chapin. Prophylaxie des maladies contagieuses. (*Med. News*, 30 janv.) — G. Ancelet. Hygiène des Maternités. (*Ann. d'hyg. publ.*, septembre 1896.) O. Janke. L'hygiène scolaire à l'Exposition industrielle de Berlin. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 956.) — Pervez. Assistance médicale aux pêcheurs de la mer du Nord. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Collingridge. Des quarantaines. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Camous. Hygiène urbaine, projet d'assainissement de la ville de Nice. (*Thèse de Paris.*) — Kiselew. Influence

Digitized by Google

des mariages précoces sur la femme et ses enfants. (*Messager d'hygiène publ., en russe*, février.) — Mme Gaches-Sarraute. La radiographie et l'hygiène du corset. (*Tribune méd.*, 14 avril.) — Bardet. Considérations sur l'hygiène culinaire dans ses rapports avec la pathologie générale et le régime. (*Bull. gén. de thér.*, 15 février.) — Rochon. Du rôle du garde-manger dans la transmission des maladies infectieuses. (*Méd. moderne*, 6 mars.) — Konrad W. Junsch. De l'altération de l'atmosphère par les effluves gazeuses des fabriques de produits chimiques. (*Hyg. Rundschau*, VI, p. 903.) — Magitot. De l'assainissement de l'industrie des allumettes. (*Acad. des Sc.*, 8 fév.) — Mlle Balaban. Les limans de la ville d'Odessa et la limanothérapie. (*Thèse de Paris.*) — Allen. La prostitution doit-elle être réglementée ? (*J. Amer. med. Ass.*, 13 mars.)

Hygroma. — Peyrichon. Sur les hygromas des bourses séreuses de la face antérieure du genou. (*Thèse de Paris.*) — Morestin. Hygroma hématique prérotulien. (*Soc. anat. Paris*, 6 fév.)

Hypnotisme. — Pigeaud. La suggestion en pédagogie, dangers et avantages (*Thèse de Paris.*) — Hunt. Sur l'hypnotisme médical. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 janv.) — Woods. Traitement par la suggestion avec et sans hypnose. (*J. of mental sc.*, avril.) — Hulst. Gastrostomie dans le sommeil hypnotique. (*Med. Record*, 9 janv.)

Hystérie. — Terrien. De l'hystérie en Vendée. (*Thèse de Toulouse.*) — Vogt. Un cas d'hystérie mâle. (*Norsk. Mag.*, janv.) — Clozier. Hystérogénie et hystéroclasie. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Bardier et Baudry. Sur un cas rare de catalepsie. (*Ibid.*, 16 janv.) — Robison. Catalepsie après un traumatisme. (*Austral. med. Gaz.*, 20 fév.) — Thompson. Fièvre hystérique. (*Med. News*, 2 janv.) — Dor. Nouveau symptôme de l'amblyopie hystérique. (*Province méd.*, 13 fév.) — Nicolet. Pseudo-atrophie grise de la papille optique chez un hystérique de 12 ans. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 495.) — Bourgon. 2 cas de blépharospasme tonique bilatéral douloureux d'origine hystérique guéris par la suggestion hypnotique. (*Rev. de l'hypnot.*, mars.) — De Barli. Hématémèse hystérique. (*Belgique méd.*, 11 mars.) — Lesné. Troubles trophiques cutanés d'origine probablement hystérique. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 297. — Rummo. Syndrome convulsif hystérique et épileptique. Type convulsif hystérique non commun. (*Riforma med.*, 9 janv.) — Sirut. Hémianesthésie hystérique traumatique. (*France méd.*, 12 mars.) — Allan. Aphémie complète pendant 9 semaines, retour subit de la parole à la suite d'un accident. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — Roux. De quelques formes rares de contractures hystériques. (*Thèse de Paris.* — Bramwell. Un cas de contracture hystérique. (*Ibid.*, fév.) — Carrière et Vergely. Un cas d'abasie hystérique. (*J. méd. Bordeaux*, 31 janv. — Eulenburg. Une crampe localisée chronique, simulation ou hystérie. (*Deut. med. Woch.*, 1er janv.) — Buzzard. De la sclérose insulaire et de l'hystérie. (*Lancet*, 2 janv.) — Plesmann. 3 cas de monoplégie hystéro-traumatique. (*Thèse de Munich.*) — Bataille. Monoplégie brachiale hystéro-traumatique. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — Vires. L'association hystéro-tabétique. (*Gaz. des hôp.*, 16 janv.) — Brissaud. Polyurie nerveuse et polyurie hystérique. (*Presse méd.*, 14 avril.) — Perret. Aérophagie hystérique. (*Lyon méd.*, 31 janv.) — Wetterstrand. Du sommeil artificiel prolongé dans le traitement de l'hystérie. (*Rev. de l'hypnot.*, mars.)

Digitized by Google

I-K

Ichtyose. — 3 cas d'ichtyose dans la même famille. (*J. of cut. dis.*, janv. — Gerstenberg. De l'ichtyose congénitale. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVII, p. 262.)

Idiotie. — Jelgersma. Imbécilité et idiotie. (*Belgique méd.*, 4 fév.) — Bareman. L'idiot, sa place dans la création, ses droits devant la société. (In-8°, 123 p., *Londres.*) — Bourneville. Sclérose cérébrale hémisphérique, idiotie, hémiplégie droite et épilepsie consécutives. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Bourneville et Mettetal. Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalique. (*Progrès méd.*, 20 fév.)

Inanition.— Bardier. Echanges respiratoires chez les animaux gras en inanition. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — Pugliese. Action des NaCl et KCl sur le cours de l'inanition. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 345.)

Inflammation. — Grawitz. Le fondement scientifique de la théorie moderne de l'inflammation. (*Wiener med. Woch.*, 23 janv.)

Infection. — Pick. La doctrine de l'auto-infection. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Fischl. De l'influence du refroidissement sur la disposition à l'infection. (*Prager med. Woch.*, 4 fév.) — Héricourt. La contagion par les insectes. (*Rev. scientif.*, 23 janv.) — Martin Hahn. De l'exaltation de la résistance naturelle de l'organisme avec infection, par provocation d'une hyperleucocytose. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 sept. 1896.) — Phisalix. Sur quelques conditions favorisant l'infection pyocyanique chez le cobaye. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Dock. Infection par le staphylocoque aureus avec endocardite simulant une fièvre intermittente. (*N.-York med. j.*, 30 janv.) — Roger et Josué. Des modifications de la moelle osseuse dans l'infection staphilococcique. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — Jamieson. Infection par le bacille aerogène capsulé. (*Montreal med. j.*, août.) — Cheatle. Cas d'infection streptococcique. (*Lancet*, 2 janv.) — Brewer et Hiss. La chirurgie à l'hôpital de Boston; étude sur l'infection des plaies. (*Med. Record*, 13 mars.) — Robin. Thérapeutique générale des maladies infectieuses. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 janv.)

Injection. — Vigour. Sur les principales indications des injections intra-veineuses du sérum physiologique. (*Thèse de Paris.*) — Brown. Les injections sous-cutanées de solutions salines. (*N.-York med. j.*, 20 mars.) — Judet de la Combe. Sur l'emploi d'une solution saline dans les cas d'hypothermie post-opératoire. (*Thèse de Paris.*) — Olivier. Des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorragies de la grossesse et de l'accouchement. (*J. méd. Paris*, 28 mars.) — Lewers. Injection saline intra-veineuse après une laparotomie pour rupture de grossesse tubaire. (*Lancet*, 6 mars.) — Garnier et Lambert. Action des injections intra-veineuses d'eau salée sur la respiration musculaire. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — Delbet. L'hématoca-

Digitized by Google

tharsise dans les pyélites et les hémorragies. (*Presse méd.*, 6 janv.) — Baumgaertner. Technique des injections vaginales chaudes. (*Mon. f. Geburst.*, janv.) — Fromaget et Laffay. Action des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure dans les suppurations du globe oculaire. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — Malot. Des injections sous-cutanées de guaïacol. (*Thèse de Paris*).

Insolation. — Norton. Les cas d'insolation pendant l'été de 1896. (*N.-York med. j.*, 6 mars.) — Jackson. L'insolation. (*Boston med. journ.*, 4 fév.) — Smyth. Coup de chaleur, hyperpyrexie, sachet de glace ; guérison. (*Brit. med. j.*. 9 janv.)

Intestin. — Kultschitzky. Structure du canal intestinal. (*Arch. mik. Anat.*, XLIX, p. 7.) — Painblan. Anatomie du cæcum. (*Nord méd.*, 1er fév.) — Delbet. Fossettes para-duodénales. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — Delbet. Ectopie du cæcum. (*Ibid.*) — Delbet. Ectopie sous-hépatique du cæcum. (*Ibid.*, 22 janv.) — Dixon. Particularité bizarre de l'appendice vermiforme. (*J. of anat.*, avril.) — Courtade et Guyon. Influence motrice du grand sympathique sur l'intestin grêle. (*Arch. de phys.*, IX, p. 422.) — Gatzky. De la nature chimique des mucosités intestinales (*Thèse de Bonn.*) — Eschenbach. La résorption des graisses dans l'intestin sous l'influence des médicaments. (*Thèse de Munich.*) — Reichel. Auto-intoxication intestinale. (*Wiener med. Woch.*, 9 janv.) — Evans. Des gaz intestinaux. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Szego. Les microbes de l'intestin chez l'enfant et le nouveau-né. (*Arch. f. Kind.*, XXII, 1.) — Mackintosh. Troubles sensoriels dans les maladies du tube digestif. (*Scottish med. j.*, mars.) — Shattock. Sable intestinal. (*London path. Soc.*, 16 mars.) — Ord. Concrétions intestinales de carbonate de chaux. (*Ibid.*, 6 avril.) — Casagrandi. Diplocoque capsulé trouvé dans les fèces d'un malade atteint d'entérite chronique. (*Clinica mod.*, 27 janv.) — Falkiner. Sur la desquamation dans la fièvre entérique. (*Dublin Journ.*, fév.) — Mathieu. La dyspepsie duodénale et son traitement. (*Gaz. des hôp.*, 9 fév.) — Morau. La colite muco-membraneuse chez les utérines. (*France méd.*, 1er janv.) — Lange. De l'ichthyol dans les entérites graves. (*Allg. med. cent. Zeit.* 9 janv.) — Charrin. Une appendicite de l'animal. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Mosny. Sur l'appendicite spontanée du lapin. (*Ibid.*, 6 mars.) — Josué. Appendicites expérimentales par infection sanguine. (*Ibid.*, 13 mars.) — Beaussenat. Appendicites expérimentales. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Beaussenat. Pathogénie de l'appendicite, recherches expérimentales. (*Thèse de Paris.*) — Gaudier. Les opinions actuelles sur la pathogénie de l'appendicite. (*Echo méd. Nord*, 14 mars.) — Ruth. Etiologie, pathologie et diagnostic de l'appendicite. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 janv.) — Anghel. Sur la pathogénie de l'appendicite. (*Thèse de Paris.*) — Pozzi. Sur l'appendicite, pathogénie. (*Presse méd.*, 2 janv.) — Potherat. Appendicite suraiguë. (*L'Abeille méd.*, 24 avril.) — Phocas. Des appendicites. (*Nord méd.*, 15 mars.) — Hecker. De la périthyphlite. (*Thèse de Bonn.*) — Picqué. Réflexions cliniques sur une série d'appendicites traitées à la Maison Dubois. (*France méd.*, 26 mars.) — Wight. 3 cas d'appendicite. (*N.-York med. j.*, 3 avril.) — Morison. De l'appendicite (*Edinb. med. j.*, mars.) — Dormoy. De l'appendicite à forme pelvienne. (*Thèse de Lyon.*) — Macbain. Appendicite suppurée. (*Lancet*, 30 janv.) — Iselin. Infection hépatique compliquant l'appendicite, pyléphlébite. (*Soc. anat. Paris.*, 19 fév.) — Mauclaire. Appendicite perforante, collection purulente iliaque et pelvienne, péritonite, mort. (*Ibid.*, 22 janv.) — Barker. Variétés de durée et d'extension dans la production des collections dues à l'appendicite. (*Practitioner*, fév.) — Delassus. Diagnostic différentiel des

Digitized by Google

tumeurs cæcales et des annexites droites. (*J. de méd. Paris.*, 10 janv.) — ABRAHAMS. Appendicite compliquant la grossesse. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — DELAGENIÈRE. Appendicite perforante, diagnostic différentiel de l'appendicite et de la typhlite. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 173.) — BILLET. Des typhlytes et appendicites. (*Ibid.*, p. 176.) — DELAGÉNIÈRE. Appendicite et pyosalpingites bilatérales, résection de l'appendice et double salpinge-oophorectomie. Guérison. (*Ibid.*, I, p. 130.)—GUINARD. Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie étranglée de l'appendice. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 744.) —SOUTHAM. De l'appendicite récidivante. (*Brit. med. j.*, 17 avril.) — BATTLE. Traitement chirurgical des maladies de l'appendice. (*Ibid.*) — SEBILEAU. Comment traiter l'appendicite. (*Gaz. méd. Paris*, 2 janv.) — JALAGUIER. Traitement de l'appendicite, procédé pour assurer la reconstitution solide de la paroi abdominale. (*Presse méd.*, 3 fév.)— VAN HOOKE. La technique opératoire du traitement radical de l'appendicite aiguë. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — Hj. von BONSDORFF. Sur le traitement opératoire de l'appendicite récidivante. (*Finska läkar. handlingar*, janv.) — Paul DELBET. Pathogénie et traitement de l'appendicite. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — MARTIN. Traitement de l'appendicite. (*J. de méd. Paris*, 28 fév.) — OZENNE. Traitement de la typhlo-appendicite et de ses complications. (*Ibid.*, 4 avril.) — FOWLER. Excision typique contre l'inversion de l'appendice. (*Amer. j. of med. sc.*, fév.) — WIGE. Observations pratiques sur l'appendicite et l'appendectomie. (*Amer. med. Bull.*, 10 mars.) — SHRADY. Quelques règles dans l'opération de l'appendicite. (*Med. Record*, 9 janv.) — GOUGET. Pseudo-tuberculose, localisation effective sur l'appendice. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — LOMBARD. Tuberculose de l'intestin. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — HERZ. Insuffisance valvulaire iléo-cæcale (*Berl. klin. Woch.*, 28 sept. 1896.) — GALLIARD. Les cirrhoses de l'intestin. (*Méd. mod.*, 6 janv.) — BEAUSSE. Ulcère perforant du duodénum. (*J. méd. Paris*, 21 mars.) — VEALE. Ulcères multiples du duodénum. (*Lancet*, 10 avril.)—SIMPSON. Ulcère perforant aigu du jéjunum (*Practitioner*, fév.) — LARDENNOIS et LEVREY. Péritonite généralisée due à un ulcère perforant du duodénum. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — TURCK. Traitement moderne des maladies de l'intestin. (*N.-York med. j.*, 13 mars.) — ANGELESCO. Rétrécissement annulaire de l'extrémité inférieure du colon descendant d'origine cancéreuse, os d'oiseau trouvé au niveau du rétrécissement. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.) — HAMILTON. Méthode d'Allingham pour la colotomie inguinale. (*Int. j. of surg.*, avril.) — DIÉTEL. Le bouton de Murphy. (*Cent. f. Gyn.*, 10 avril.) — TAYLOR. 2 cas d'anastomose intestinale. (*Birmingham med. review*, fév.) — BODINE. Nouvelle méthode d'anastomose intestinale, son application à la colostomie inguinale. (*Med. News*, 9 janv.) — FRANK. De l'anastomose intestinale bout à bout. (*Medicine*, janv.) — CRIPPS. 3 cas d'anastomose intestinale. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — BALL. L'anastomose intestinale avec les anneaux d'os décalcifiés. (*Brit. med. j.*. 24 avril.) — FRAMM. De l'entéro-anastomose. (*Thèse de Greifswald.*) — Von BUENGNER. Combinaison de la gastro-entérostomie et de l'entéro-anastomose. (*Berl. klin. Woch.*, 15 juin 1896.) — ROSI. Des myomes de l'intestin et des hernies de l'appendice vermiforme. (*Morgagni*, mars.) — HEINZE. Du sarcome primitif de l'intestin. (*Thèse de Greifswald.*) — GALLIARD. Le cancer de l'intestin. (*Méd. moderne*, 10 mars.) — BELIN. Tumeur du cæcum, laparotomie, entéro-anastomose. (*J. méd. Paris*, 21 fév.) — PALLERONI. Ablation du cæcum cancéreux. (*Gaz. d. Osped.*, 11 avril.) — HEYDENREICH. L'exclusion de l'intestin. (*Semaine méd.*, 10 fév.) — HEBERLEIN. Opération d'un cancer du colon avec résection partielle du foie. (*Thèse de Greifswald.*)

Iris. — ANDOGSKY. Les cellules ganglionnaires de l'iris. (*Arch. f. Aug.*, fév.)

Digitized by Google

— Valois. Irido-choroïdites au cours de maladies infectieuses. (*Centre méd.*, 1er mars.) — Love. Iritis, son traitement. (*Med. News*, 9 janv.) — Rochon-Duvigneaud. Diagnostic et traitement d'urgence de l'iritis. (*J. des Praticiens*, 22 août 1896.) — Knapp. Traitement de certains prolapsus de l'iris. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 88.) — Aurand. Tuberculose de l'iris. (*Lyon méd.*, 31 janv.) — Whitehead. Kyste de l'iris. (*Brit. med. j.*, 20 mars.) — Kleiger. Un cas de kyste traumatique de l'iris. (*Thèse de Greifswald.*) — Claisse et Heresco. Kyste branchial mucoïde médian. (*Soc. anat. Paris*, 8 janv.) — Voron. Kyste dentigère. (*Province méd.*, 23 janv.) — Chavannaz. Kyste dermoïde du plancher de la bouche. (*J. méd. Bordeaux*, 10 juin.) — Bousquet. Kyste épidermique du plancher de la bouche, ablation. (*Bull. méd.*, 21 mars.) — Franchomme. Kyste dermoïde latéral de la région sus-hyoïdienne. (*J. de méd. Lille*, 23 janv.) — Walbaum. Des kystes dermoïdes de l'épigastre. (*Thèse de Bonn.*) — Trzebicky. Quelques localisations rares de kystes dermoïdes. (*Viener med. Woch.*, 6 mars.) — O'Conor. Kyste chyleux du mésentère. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — Binaud. Kyste sébacé des petites lèvres. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.) — Auvray. Kyste synovial développé dans l'épaisseur du muscle sous-épineux et de son tendon d'insertion humérale. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Douchelle. Sur les kystes synoviaux articulaires. (*Thèse de Paris.*) — Lecout. Du traitement des kystes synoviaux articulaires du poignet. (*Thèse de Paris.*)

L

Lacrymal. — Klopp. L'innervation des glandes lacrymales. (*Thèse de Greifswald.*) — Coutoux. L'origine nasale des affections oculaires et le cathétérisme des voies lacrymales. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Landolt. L'obstruction du canal lacrymal chez les nouveau-nés. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Randolph. Dacryoadénite bilatérale non suppurée. (*Arch. of ophtal.*, XXVI, p. 63.) — Leplat. La dacryocystite aiguë. (*Le Scalpel*, 14 mars.) — Dianoux. A propos d'un cas de dacryoadénite aiguë. (*Ann. d'ocul.*, mars et *Gaz. méd. Nantes*, 8 janv.) — Jaerisch. Un cas de dacryoadénite tuberculeuse. (*Thèse de Greifswald.*) — Terson. Indications thérapeutiques dans les affections de l'appareil lacrymal. (*Gaz. méd. Paris*, 27 mars.) — Browne. Traitement de la dacryocystite. (*Liverpool med. Instit.*, 11 mars.) — Vadon. De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. (*Thèse de Lyon.*) — Baudoin. De la résection partielle du sac de la tumeur lacrymale. (*Ann. policl. Bordeaux*, janv.) — Miller. Traitement de l'obstruction lacrymale par les sondes. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Mantey. Des tumeurs malignes de la caroncule. (*Thèse de Greifswald.*)

Lait. — Bordas et Génin. Sur l'emploi de la cryoscopie dans l'analyse du lait (*Acad. des sc.*, 8 mars.) — Woodward. Chimie du colostrum et du lait. (*J. of exper. med.*, II, p. 217.) — Ellerhorst. Le lait comme agent de transmission des maladies infectieuses. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Morse. La modification du lait à domicile. (*Boston med. Journ.*, 11 mars.) — Mills. La stérilisation du lait. (*La Clinique belge*, 8 avril.) — Sénèque. Etude comparative de la stérilisation du lait. (*Thèse de Paris.*) — Barton. Valeur

Digitized by Google

du lait stérilisé. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — ROTCH. Usage du lait modifié dans la maladie et dans l'état de santé. (*Med. News*, 3 avril.)

Langue. — NUSBAUM et MARKOVSKI. Anatomie et phylogénie de la charpente de la langue. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 345.) — BOURDETTE. Motilité exagérée de la langue. (*J. méd. Bordeaux*, 14 fév.) — COURTADE. Abaisse-langue à contrepression. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 22.) — SEMON. Observation de langue noire. (*London lar. Soc.*, 13 janv.) — LOHÉAC. Deux cas de langue noire. (*Nord méd.*, 15 mars, p. 69.) — BURSON. Mort par hémorragie après section du frein de la langue. (*Lancet*, 23 janv.) — GINESTOUS. Ulcération tuberculeuse de la langue. (*J. méd. Bordeaux*, 31 janv.) — BRUHNS. 2 cas de syphilis tertiaire de la langue, glossite scléreuse. (*Soc. derm. Berlin*, 2 fév.) — EWALD. Cylindrome de la langue. (*Wien. klin. Woch.*, 8 avril.) — GAUDIER. Tumeur vasculaire de la langue, angiome. (*Nord méd.*, 1er mars, p. 55.) — AUDRY et IVERSINC. Papillome juxtalupique de la pointe de la langue. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 305.) — GORIS. La chirurgie du cancer de la langue au début. (*Rev. int. de rhinol.*, fév.).

Laparotomie. — BODON. Traitement consécutif des laparotomies abdominales. (*Ther. Mon.*, mars.) — SCHMITZ. De l'ileus après la laparotomie. (*Thèse d'Erlangen.*) — FRITSCH. La mort à la suite de laparotomie. (*Berl. klin. Woch.*, 1013, 9 nov. 1896.)

Larynx. — THOMER. Expérience personnelle sur l'autoscopie de Kirstein. (*Laryngoscope*, fév.) — DIONISIO. Contribution à l'autoscopie du larynx et de la trachée. (*Giorn. Acad. Medic. Torino.*, janv.) — FRENCH. Photographies du larynx et de l'arrière-nez avec l'arc électrique. (*N.-York med. j.*, 23 janv.) — STUART. Un larynx artificiel. (*Lancet*, 17 avril.) — DE MIRANDA. Procédé pour relever l'épiglotte faisant obstacle aux opérations endo-laryngiennes. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — LACK. Méthode d'examen du larynx chez l'enfant. (*London lar. Soc.*, 10 fév.) — RÉTHI. Sur le type vibratoire et le mécanisme des cordes vocales dans la voix de fausset. (*Wien. klin. Rundsch.*, 31 janv.) — CAMPBELL. La respiration chez les chanteurs. (*J. of laryng.*, janv.) — MULFORD. Importance de l'analyse d'urine pour le laryngologiste. (*Laryngoscope*, fév.) — COX. La toux due à l'excitation des voies aériennes supérieures. (*Ibid.*, mars). — MAYER. Quelques causes rares de toux. (*Ibid.*) — DE URQUIZA. Statistique du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital des cliniques. (*Buenos-Ayres.*) — KIONKA. Emploi des inhalations anesthésiques. (*Ther. Mon.*, mars.) — MULLER. Sur une nouvelle méthode de traitement des affections des premières voies respiratoires. (*Wiener med. Woch.*, 23 janv.) — MOUTIER et GRANIER. De l'influence de la franklinisation sur la voix des chanteurs. (*Acad. des sc.*, 5 avril.) — WOODBURY. Hémorragie laryngée consécutive à une rougeole chez un adulte. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — BROUSSE. Œdème brightique du larynx, en dehors de l'anasarque. (*Thèse de Paris.*) — LIARAS. Un cas d'œdème aigu du larynx sans albuminurie, ni infection. (*J. méd. Bordeaux*, 14 mars, p. 128.) — LIARAS. A propos d'un cas d'œdème aigu primitif du larynx. (*Rev. hebd. de laryng.*, 27 mars.) — INGALS. Laryngite catarrhale hypertrophique. (*Med. News*, 13 fév.) — INGALS. Bourse laryngée suppurée. (*Ibid.*, 13 fév.) — RETHI. Laryngo-trachéite arsénicale. (*Wiener med. Presse*, n° 11.) — CHIARI. Pachydermie catarrhale et phlegmon laryngien. (*Soc. viennoise de lar.*, 3 déc. 1896.) — HERCZEL. Pachydermie verruqueuse du larynx. (*Pester med. Presse*, 14 fév., p. 166.) — DRUON. Nécrose du larynx consécutive à la fièvre typhoïde (*Nord méd.*, 1er fév., p. 35.) — DUMONT-LELOIR. Grossesse et tuberculose du larynx. (*L'Obstétrique*, 15 mars.) — WILLIAMS. Tubercu-

Digitized by Google

lose du larynx. (*London lar. Soc.*, 10 fév.) — St-Clair Thomson. Lupus du larynx et tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*) — Goris. Traitement chirurgical de la tuberculose du larynx prise au début. (*Presse méd. belge*, 4 avril.) — Jankelevitch. Considérations sur le traitement de la tuberculose laryngée. (*Rev. hebd. de laryng.*, 2 janv.) — Oestreicher. De la syphilis laryngo-trachéale. (*Soc. méd. Berlin*, 2 fév.) — Magnan. Gomme syphilitique du larynx. (*J. méd. Bordeaux*, 31 janv.) — Liaras. Gomme syphilitique du larynx. (*Ibid.*) — Symonds. Périchondrite du larynx à la 2e période de la syphilis. (*London lar. Soc.*, 10 févr.) — Glück. Le traitement de la syphilis laryngée par les injections intramusculaires à doses massives de sublimé. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Stephens. Trois cas d'aphonie fonctionnelle. (*Brit. med. j.*, 20 mars.) — Permewan. Paralysie bilatérale des abducteurs chez un enfant, adénopathie. (*London lar. Soc.*, 13 janv.) — Lack. Paralysie bilatérale des abducteurs avec parésie unilatérale du voile et du pharynx. (*Ibid.*, 10 fév.) — Bordier et Royet. Paralysie récurrentielle, guérison. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 mars.) — Brindel. Un cas de kyste de l'épiglotte. (*Rev. hebd. de lar.*, 6 fév.) — De Roaldes. Fracture incomplète de la corne gauche du cartilage thyroïde. (*N.-York med. j.*, 6 fév.) — Mackenzie. Papillomes du larynx chez un enfant, guérison après trachéotomie. (*Lancet*, 13 fév.) — Heryng. Les papillomes du larynx, traitement par le phénol sulforiciné. (*Therap. Mon.*, mars.) — Pierre. De la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes. (*Laryngoscope*, janv.) — Goodall. Un cas de dégénérescence cancéreuse d'un papillome laryngé consécutive à l'intervention. (*Boston med. Journ.*, 21 janv.)— Woods. Un cas d'extirpation du larynx pour cancer. (*Dublin Journ.*, 1er mars. — Herczel. Deux cas d'extirpation de larynx. (*Pester med. Presse*, 14 fév., p. 166.) — Halstead. Laryngectomie pour cancer. (*Medicine*, mars.) — Depage. De la laryngectomie totale et partielle. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — De la Mallerée. Tubage dans un croup d'emblée. (*Centre méd.*, 1er fév.) — Bayeux. Importance du mandrin dans un appareil de tubage. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 fév.) — Josias. La trachéotomie et le tubage dans la rougeole. (*Méd. mod.*, 2 mars.) — Pelletier. Le tubage du larynx dans certaines formes de laryngite aiguë de l'enfance. (*Thèse de Paris.*) — Variot et Glover. Laryngites traumatiques consécutives au tubage. (*J. de clin. inf.*, 25 mars.) — Variot. Laryngite traumatique consécutive au tubage. (*Ibid.*, 1er avril.) — Bayeux. Tubage permanent et tubage intermittent au point de vue des lésions laryngées. (*Ibid.*, 21 janv.) — Baudrand. Des ulcérations laryngées consécutives au tubage. (*Thèse de Paris.*)

Lèpre. — Bernard. La lèpre en Norvège, une visite à l'hôpital de Bergen. (*Presse méd.*, 3 avril.) — V. Bergmann. De la lèpre. (112 p., *Stuttgart.*) — Johnston et Jamieson. Trois cas montrant la valeur du diagnostic bactériologique de la lèpre, au point de vue de l'hygiène publique. (*Montreal med. j.*, janv.) — Carrière. Lèpre mixte à prédominance de lésions tégumentaires. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.) — Unna. Lèpre chez un garçon de 12 ans avec nodules intracutanés et intégrité des sourcils. (*Berl. klin. Woch.*, p. 989, 2 nov. 1896). — Charmeil. Un cas de lèpre. (*Nord méd.*, 1er mars, p. 54. — Pfeifer. De la lèpre oculaire. (*Thèse de Fribourg-en-Br.*) — Fornara. Traitement de la lèpre. (*Therap. Woch.*, 21 mars.)

Leucémie. — Wagner. Étiologie de la leucémie. (*Thèse de Greifswald.*) — Desoil. Les modalités de la leucémie. (*Echo méd. du Nord*, 18 avril.) — Carrière. Un cas de leucémie splénique avec autopsie. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — Duclos. Hémorragie rétinienne au cours de la leucémie. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — Hare. Leucémie spléno médullaire. Un cas de leu-

Digitized by Google

cémie lymphatique. 4 cas d'anémie pernicieuse. (*Med. News*, 27 mars.)

Lichen. — Fordyce. Lichen plan hypertrophique. (*J. of cutan. dis.*, fév.) — Fox. Lichen ruber et lichen planus. (*Amer. j. of Obst.*, janv.) — Mohr et L. Tőrők. Du lichen ruber acuminatus. (*Pester med. Presse*, 3 janv.) — Danlos. Lichen circonscrit. Lichen annulaire. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 194 et 195.) — Hallopeau. Lichen plan buccal. (*Ibid.*, p. 198.)

Lipome. — Adami. Des lipomes rétro-péritonéaux et périrénaux. (*Montreal med. j.*, janv.) — Oiste. Du lipome diffus du cou. (*Thèse de Marbourg.*) — Bousquet. Les gros lipomes. (*Centre méd.*, 1er avril.) — Clerc. Sur le myxome lipomateux de la cuisse. (*Thèse de Lyon.*)

Locomotion. — Bergonié. Du mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe des pieds. (*Soc. de biol.*, 10 avril.) — Bloch. Etude de la marche normale et pathologique au moyen d'empreintes moulées. (*Ibid.*, 12 déc. 1896.) — Milian. Étude de l'astasie abasie. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Ginestous. Astasie abasie guérie par suggestion à l'état de veille. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.)

Lupus. — Audry. Sur le lupus des muqueuses et son importance primordiale. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er mars.) — Liaras. Lésions lupoïdes de la base de la langue et de l'épiglotte. (*J. méd. Bordeaux*, 21 mars.) — Legrand Traitement du lupus. (*Thèse de Paris.*) — Proudfoot. Traitement thyroïdien du lupus. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Barbe. Traitement du lupus par le chlorophénol. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 291.)— Schuetz. Nouveau traitement du lupus érythémateux. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 73.)

Luxation. — Heurtaux. Luxation vertébrale. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 fév.) — Edwards. Luxation sus-acromiale de la clavicule. (*Lancet*, 30 janv.) — Gibb. Luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule avec fracture de l'omoplate. (*Ibid.*, 6 fév.) — Rémond. Des luxations sterno-claviculaires. (*Thèse de Paris.*) — Stokes. Luxation sous-épineuse de l'épaule. (*Australasian med. Gaz.*, 20 janv.) — Rouflaix. Luxation sous-coracoïdienne, difficultés de la réduction. (*Arch. de méd. mil.*, janv.) — Finckh. De la réduction des luxations anciennes de l'épaule. (*Thèse de Tubingen.*) — Chevassu. Luxation traumatique de l'extrémité supérieure du radius droit, datant de 5 mois, avec fracture du cubitus vicieusement consolidé. Troubles fonctionnels, résection de la tête radiale, rétablissement des fonctions. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 40.) — Roser. Pathologie et traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Deut. med. Woch.*, 21 janv.) — Turner. Luxation irréductible du fémur dans le trou ovale, résection. (*Lancet*, 2 janv.) — Brunet. Des luxations paralytiques de la hanche. (*Ann. policlin. Bordeaux*, janv.) — Barbe. Arthrite ancienne. Luxation iliaque droite. (*J. méd. Bordeaux*, 21 mars.) — Phelps. Luxation congénitale de la hanche. (*Int. j. of surg.*, avril.) — Brunet. Pathogénie des luxations congénitales de la hanche. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mars.) — Gross. La luxation ancienne de la hanche et son traitement chirurgical. (*Bull. méd.*, 17 fév.) — Decherf. Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la réduction sanglante. (*Thèse de Lille.*) — Forgue. Traitement des luxations congénitales de la hanche. (*N. Montpellier méd.*, 23 janv.) — Lorenz. Réduction de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde. (*Rev. d'orthop.*, mars.) — Paul Paradies. La pseudarthrose de Hoffa opération pour la double luxation congénitale des hanches au-dessus de 10 ans. (*Zeit. f. ort. Chir.*, IV.) — Rioblanc. Luxation récidivante du car-

Digitized by Google

tilage semi-lunaire interne. (*Lyon méd.*, 9 mars.) — Choux. Un cas de luxation récidivante du ménisque intraarticulaire interne du genou. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — Chambrelent. Luxation double congénitale du genou; hydramnios. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.) — Tile. Luxation des muscles péroniers. (*Vratch*, 2 janv.)

Lymphatique. — Calvert. Les vaisseaux sanguins des ganglions lymphatiques (*Anat. Anz.*, XIII, p. 174.) — Vincent et Harrison. Les glandes hémo lymphatiques de quelques vertébrés. (*J. of anat.*, janv.) — Hoehl. Histologie du tissu adénoïde. (*Arch. f. Anat. and Phys.*, p. 133.) — Spencer. Pathologie du tissu lymphadénoïde. (*Lancet*, 6 mars.) — Ranvier. Du rôle physiologique des lymphatiques à propos des plaies de la cornée. (*Acad. des sc.*, 22 fév.) — Nattan-Larrier. Technique de l'ablation du canal thoracique. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.) — Gilbert et Grenet. Lymphangite pneumococcique. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Sagot. De la mort subite dans l'adénopathie. (*Thèse de Lille.*) — Mantegazza. Pathogénie de l'adénite vénérienne. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 5.) — Jaboulay et Bérard. Adéno-phlegmon iliaque chronique consécutif à un bubon de l'aine. (*Province méd.*, 6 fév.) — Schiska. Le traitement des bubons par le benzoate de mercure. (*Wiener med. Woch.*, 9 janv.) — Bukowskij. Le traitement des bubons suivant la méthode de Lang. (*Ibid.*, 9 janv.) — Sebileau. Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. (*Gaz. méd. Paris*, 13 fév.) — Dollinger. De l'extirpation sous-cutanée des ganglions lymphatiques tuberculeux du cou. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 610.) — Brault. Pseudo éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 215.) — Immermann. Un cas de lymphadénie cutanée. (*Soc. méd. Bâle*, 29 janv.) — De Renzi. La lymphadénie. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — Eve. Du lymphadénome chronique. (*Brit. med. j.*, 6 mars.) — Garcis. Lympho-sarcome du médiastin. (*Thèse d'Erlangen.*)

M

Main. — Wilder. Disposition des plis épidermiques sur la paume de la main et la plante du pied des primates. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 250.) — Plauchu. Un cas de macrodactylie. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Tilanus. Un cas rare d'ectrodactylie. (*Zeit. f. orthop. Chir.*, IV.) — Lund. Un cas de doigts palmés associé avec des anomalies des phalanges. (*Boston med. Journ.*, 18 fév.) — Tillaux. Sur un cas de pouce surnuméraire. (*Méd. mod.*, 3 avril.) — Schubiger. De la sclérodactylie. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 397.) — Andérodias. Pouce supplémentaire de la main droite. (*J. méd. Bordeaux*, 21 fév.) — Smith. 2 cas de difformité de la main guéris par une opération. (*Lancet*, 13 fév.)

Mal de mer. — Charteris. Traitement du mal de mer. (*Lancet*, 24 avril.)

Mal de montagne. — Rosanoff. Du mal de montagne. (*Thèse de Paris.*)

Maladie. — Pawlinow. La condition nécessaire de la vie et de l'évolution

Digitized by Google

considérée comme condition de la maladie et du dépérissement sénile de l'organisme. (*Soc. thérap. de Moscou*, 13 mars 1896.)

Maladies professionnelles. — ARNAUD. Etudes sur le phosphore et le phosphorisme professionnel. (In-8°, 382 p., *Paris.*) — OBERTHUR. Etude médicale sur les ouvriers des houillères, leurs affections des voies respiratoires, anthracose et tuberculose. (*Thèse de Paris.*)

Malformation. — STERN. Malformations symétriques. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — JACOT. Sur un vice héréditaire de conformation des deux poignets. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 159.) — BECK. Description d'un cas d'hermaphrodisme. (*Med. Record*, 20 fév.)

Mamelle. — KOESTLIN. Sur la présence de germes dans le lait de la femme et étiologie de la mammite. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 201.) — EDGERTON. Un cas d'agalactie. (*Med. News*, 6 fév.) — FULLERTON. Un cas de polymastie. (*N.-York med. j.*, 30 janv.) — POWERS. Tuberculose primitive du sein. (*Ann. of surg.*, janv.) — JACOBSON. Tumeurs du sein chez l'homme. (*Med. News*, 30 janv.) — WARREN. La classification des affections bénignes des seins. (*Boston med. Journ.*, 21 janv.) — ANDÉRODIAS. Un cas de maladie kystique des mamelles. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.) — COYNE. Tumeurs kystiques de la mamelle. (*Ibid.*, 21 fév.) — GEROTA. Dans quelle direction se propage le cancer du sein. (*Archiv f. klin. Chir.*, LIV, p. 280.) — SNOW. L'infection latente de la moelle osseuse dans le cancer mammaire. (*Lancet*, 9 janv.) — LOUMEAU. Cancer du sein. (*Ann. policlin. Bordeaux*, janv.) — FAITOUT. Cysto-épithélioma de la mamelle. (*Soc. anat. Paris*, 26 fév.) — COUDRAY. Tumeur maligne du sein, adénopathie, injections sclérogènes de chlorure de zinc, disparition à peu près complète de la tumeur et des ganglions. (*J. méd. Paris*, 28 mars.) — GUINARD. Sur un carcinome glandulaire et malpighien de la glande mammaire. (*Soc. de biol.*, 6 mars.) — KUMMER. Pronostic et traitement du cancer du sein. (*Semaine méd.*, 27 janv.) — DARTIGUES. Sarcome télangiectasique du sein. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — SHEILD. Sarcome récidivé de la mamelle traité par le liquide de Coley. Mort. (*Brit. med. j.*, 23 janv.)

Maxillaire. — FLETCHER. Sur l'anatomie de l'antre d'Highmore. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 janv.) — BARON. L'éclairage par transparence dans le diagnostic de l'empyème de l'antre d'Highmore. (*Brit. med. j.*, 30 janv.) — POTTER. La transillumination dans le diagnostic de l'empyème du sinus. (*Ibid.*, 13 mars.) — LACROIX. L'empyème latent du sinus maxillaire. (*Concours méd.*, 16 janv.) — BERCHOUD. Empyème du sinus maxillaire, ouverture par la fosse canine. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — BARON. La suppuration chronique de l'antre maxillaire. (*Bristol med. chir. j.*, mars.) — SUDDUTH. Méthodes modernes de traitement des sinus maxillaires et craniens. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 janv.) — BRIGIOTTI. Articulation défectueuse accompagnée de tic, corrigée par le rehaussement du maxillaire et l'application d'appareils prothétiques spéciaux. (*Rev. odontol.*, janv.) — CHAVASSE. Constriction absolue des mâchoires par double ankylose temporo-maxillaire. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 815.) — LEBLANC. Traitement des fractures du maxillaire inférieur. (*Thèse de Paris.*) — LAVISÉ. Un cas d'épithéliome du maxillaire inférieur. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — DRUON. Exostose spongieuse du maxillaire inférieur. (*Nord méd.*, p. 70, 15 mars.) — GŒBEL. Tumeurs maxillaires d'origine dentaire. (*Cent. f. allg. Path.*, 10 fév.) — MARTENS. Des tumeurs bénignes de la mâchoire supérieure, leur traitement. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 483.) — HORN.

Digitized by Google

Un cas de myxosarcome considérable de la mâchoire inférieure. (*Thèse de Munich.*) — Barozzi et Lesné. Cylindrome ayant débuté dans la région sous-maxillaire. (*Soc. anat. Paris*, 19 mars.)

Médecine (Hist. de la). — Staples. Histoire de la médecine. La médecine de la Renaissance, Sanctorius et ses successeurs. (*N.-York med. j.*, 9 janv.) — Mollière. Le plus ancien médecin de Lugdunum. (*Lyon méd.*, 10 janv.) — Ducamp. L'idée médicale dans le roman naturaliste. (*N. Montpellier méd.*, 13 fév.) — Phelps. La profession médicale à la fin du xixe siècle. (*N.-York med. j.*, 2 janv.) — Pyle. Les pierres précieuses en thérapeutique. (*Medicine*, fév.) — Cabanès. Le cabinet secret de l'histoire. (In-8°, 332 p., *Paris.*) — Reclus. Aristide Verneuil. (*Rev. scientif.*, 30 janv.) — Heath. John Hunter comme chirurgien. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — Meige. Les peintres de la médecine, les pédicures au xviie sicle. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, X, p. 45.)

Médecine légale. — Brush. La loi et le médecin. (*N.-York med. j.*, 27 fév.) — Lacassagne. Les médecins experts et les erreurs judiciaires. (*Rev. scientif.*, 2 janv.) — Staples. Sur la condition présente de la médecine légale aux Etats-Unis. (*J. Americ. med. Ass.*, 10 avril.) — Hoar. Les devoirs du médecin légiste. (*Boston med. Journ.*, 8 avril.) — Knowlton. Les devoirs du médecin légiste. (*Ibid.*, 8 avril.) — Dumas. Le secret professionnel et les déclarations des maladies épidémiques. (*La semaine méd.*, 20 mars.) — Brouardel. L'infanticide. (In-8°, 402 p., *Paris.*) — Bordas et Descoust. De l'influence de la putréfaction sur la docimasie pulmonaire hydrostatique. (*J. méd. Paris*, 7 mars.) — Brouardel. Les explosifs et les explosions au point de vue médico-légal. (In-8°, 272 p., *Paris.*) — Saint-Martin. Des mouvements des suppliciés après la décapitation. (*Indépend. méd.*, 17 fév.) — Lande. Rapport médico-légal sur un cas de délire de dépossession. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.) — Philouze. Coups de feu sans projectiles, armes de poche ; étude médico-légale. (*Thèse de Paris.*) — P. Raymond. La perlèche en médecine légale. (*Bull. méd.*, 21 mars.) — Jouon. De la folie envisagée au point de vue de la responsabilité médico-légale. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 janv.) — Fadeuilhe. De la suffocation dans un espace clos. (*Thèse de Lyon.*) — Tamburini. Le procès pour l'assassinat du marquis Berardi à l'asile de Rome. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 174.) — H. Cordes. Suicide d'un alcoolique homicide (excision du grand épiploon et d'une partie des intestins). (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XII, suppl., p. 174.) — Cuq. Sur les ecchymoses sous-pleurales. (*J. méd. Paris*, 21 fév.) — Dufour. Modes singuliers de pendaison. (*Soc. de méd. lég.*, 11 janv.) — Brouardel. Lésions herpétiques simulant des muqueuses. (*Ibid.*)

Médecine militaire. — Hamilton. Quelques mots sur l'histoire de la chirurgie militaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 avril.) — Coustan. Aide mémoire de médecine militaire. (In-18, 360 p., *Paris.*) — Le Fort. L'organisation et le fonctionnement du service de santé italien pendant la campagne de l'Erythrée. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Kohos. Une visite à l'hôpital central de l'armée roumaine à Bucarest. (*La méd. orient.*, janv.) — Szinieselski. Histoire médicale de la campagne du Dahomey. (*Thèse de Paris.*) — Fontorbe. Du service de santé pendant le combat. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Vincent et Burot. Statistique médicale de la flotte. (*Ibid.*, janv.) — Durbec. Hôpital improvisé de la marine à Tamatave. (*Ibid.*) — Malinas. Le sanatorium de Nossi-Comba. (*Arch. de méd. mil.*, janv.) — Chupin. Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc, laparotomie, guérison. (*Ibid.*) — Bazin et Ligouzat. Blessure de la face par coup de feu à

Digitized by Google

blanc, fracture des maxillaires. (*Ibid.*) — Boppe. Plaie pénétrante de la cuisse gauche par coup de feu à blanc, délabrements considérables, guérison. (*Ibid.*) — Pitot. Les blessés de la prise de Tananarive. (*Ibid.*, mars.) — Auban. Longue plaie en séton curviligne de la paroi thoracique par une épée-baïonnette munie de son fourreau. (*Ibid.*, fév.) — Koehler. Théorie de l'action des projectiles. (*Deut. med. Woch.*, 22 avril.)

Mélanose. — Nielsen. Mélanose et kératose arsénicales. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 137.) — Vulpian. Des mélanodermies. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 janv.) — Dubar. Sarcome embryonnaire mélanique développé au niveau d'une tache pigmentaire de la commissure de l'œil. (*Soc. anat. Paris*, 12 fév.)

Méninge. — Gazzotti. Méningite et gastro-entérite latentes. (*Gaz. d. Osped.*, 21 mars.) — Kamen. Un cas de méningite typhique. (*Cent. f. Bakt.*, 1 Abth., XXI, p. 440.) — Kerlé. Etiologie de la méningite tuberculeuse. (*Thèse de Tubingen.*) — Debove. De la méningite tuberculeuse. (*L'Indépend. méd.*, 3 fév.) — Baills. Du traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse, ponction lombaire suivie de l'injection d'air stérilisé. (*Thèse de Lyon.*) — De Grandmaison. Les méningites cérébrales hémorragiques. (*Gaz. des hôp.*, 13 mars.) — De Neef. Sur quelques cas de méningite cérébro-spinale observés dans la garnison de Bruxelles. (*Arch. méd. belges*, janv.) — Fronz. Arthrites suppurées au cours de la méningite cérébro-spinale. (*Wiener klin. Woch.*, 15 avril.) — Drewitt. Méningite cérébro-spinale suppurée, diagnostic par la ponction lombaire. (*Lancet*, 13 fév.) — Corvi et Brambilla. Méningite cérébro-spinale guérie par les injections de sublimé. (*Gaz. med. Lombarda*, 15 mars.) — Forestier. Pachyméningite cervicale hypertrophique en observation depuis sept ans. (*Lyon méd.*, 24 janv.) — Cousin. Pachyméningite hémorragique. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Bayle. Pachyméningite aiguë. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — Nehrkorn. Des tumeurs perlées des méninges. (*Thèse de Heidelberg.*) — Josias et Roux. De la pseudo-méningocèle traumatique. (*Rev. de méd.*, avril.)

Menstruation. — Schmey. Théorie de la menstruation et traitement de quelques troubles menstruels. (*Ther. Mon.*, fév.) — De Swiecicki. Quelques remarques concernant la périodicité des fonctions physiologiques et pathologiques dans l'organisme féminin. (*Semaine gyn.*, 2 mars.) — Seuvre. Menstruation enfantine ou prématurée. (*Union méd. Nord-Est*, 30 janv.) — Reinicke. De la sclérose des artères utérines et des hémorragies menstruelles. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 340.) — Galabin. Atrésie utérine, rétention menstruelle. (*Practitioner*, avril.) — Lackie. Rétention menstruelle dans un des côtés d'un utérus double. (*Edinb. med. j.*, mars.) — Lewers. Métrorragie après la ménopause dans les cas de tumeur ovarique. (*Lancet*, 2 janv.)—Engelmann. Etat de la menstruation dans les cas de tumeurs ovariques. (*Thèse de Munich.*) — Fosbery. Troubles menstruels traités par l'extrait d'ovaire. (*Brit. med. j.*, 24 avril.)

Moelle. — Valenza. Sur une disposition en peloton des tubes nerveux dans la moelle de l'embryon humain. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — Thomas. Sur les fibres d'union de la moelle avec les autres centres nerveux et principalement sur les faisceaux cérébelleux ascendants. (*Ibid.*, 23 janv.) — Dahlyren. Les cellules nerveuses géantes de la moelle chez Aeterosomata. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 281.) — Horton-Smith. Les fibres efférentes des racines postérieures chez la grenouille. (*J. of phys.*, XXI, p. 101.) — Sherrington. Quelques fibres des racines spinales, afférentes, dorsales, mam-

Digitized by Google

maires sont-elles d'origine intra-spinale? (*Ibid.*, XXI, p. 209.) — Fusari. Sur le tractus spinalis nervi trigemini et sur quelques faisceaux de fibres descendantes dans le fasciculus antero-lateralis medullœ spinalis. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 387.) — Fusari. Un cas d'hétérotopie d'une partie du fasciculus cerebro-spinalis lateralis et autres variétés présentées par la medulla-spinalis et par la medulla oblongata d'une petite fille. (*Ibid.*, p. 398.) — Fusari. Sur les fibres nerveuses à cours descendant situées dans la substantia reticularis alba du rhombencephalon humain. (*Ibid.*, p. 408.) — Soury. Le faisceau pyramidal et la maladie de Little. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Pembrey. La température de la surface et de l'intérieur après section traumatique de la moelle. (*Physiol. Soc.*, 13 fév. et *J. of phys.*, XXI.) — Fleming. Effets de la dégénérescence ascendante sur les cellules nerveuses des ganglions. (*Edinb. med. j.*, fév.) — Semple et Taylor. Certains symptômes médullaires chez les bicyclistes. (*Lancet*, 17 avril.) — Krewer. Anatomie pathologique et étiologie des paralysies spinales aiguës. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 115.) — Bourdel. Sur un cas de maladie de Landry. (*Presse méd.*, 17 fév.) — Steiglitz. Poliomyélite antérieure aiguë avec paralysie faciale. (*J. of nerv. dis.*, fév.) — Hun. Analgésie, anesthésie thermique et ataxie résultant de foyers de ramollissement de la moelle allongée et du cervelet par occlusion de l'artère cérébelleuse, étude des trajets sensitifs et moteurs dans la moelle allongée. (*N.-York med. j.*, 17 avril.) — Nonni. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la moelle spinale. Syndrome de Brown-Séquard. (*Riforma med.*, 30 janv.) — F. Raymond. Sur un cas de rigidité spasmodique des membres inférieurs, maladie de Little. (*Semaine méd.*, 14 mars.) — Delcroix. Deux cas de maladie de Little. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Delabrosse. Des troubles trophiques précoces dans les affections médullaires. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — Maréchal. Les scléroses combinées de la moelle. (*Presse méd. belge*, 28 mars.) — Carton. Sur un cas de sclérose en plaques. (*Gaz. méd. Picardie*, mars.) — Brasch. Syringomyélie et traumatisme. (*Aerztl. Sachverst. Zeit.*, 4.) — Huismans. Un cas de syringomyélie d'origine traumatique. (*Deut. med. Woch.*, 18 fév.) — Starr. Pathologie de la syringomyélie. (*J. of nerv. dis.*, janv.) — Vannini. Syringomyélie spino-bulbaire avec accès érytromélalgiques. (*Corriere sanitario*, déc. 1896.) — Marinesco. Atrophie musculaire dans la syringomyélie. (*Thèse de Paris.*) — Heldenbergh. Un cas de tabes dorsal à évolution insolite. (*Belgique méd.*, 18 mars.) — Eshner. 5 cas d'ataxie locomotrice. (*J. of nerv. dis.*, mars.) — Ottersbach. De la maladie de Friedreich. (*Thèse de Bonn.*) — Bonnus. Maladie de Freidreich à début tardif. (*Soc. anat. Paris*, 8 janv.) — Klippel. Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes. (*Arch. de neurol.*, avril.) — Buccelli. Méralgie paresthésique et tabes. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 116.) — Plicque. Paralysie dissociée du sympathique cervical droit chez un tabétique. (*Tribune méd.*, 6 janv.) — Patrick. Anesthésie du tronc dans l'ataxie locomotrice. (*N.-York med. j.*, 6 fév.) — Bitot et Sabrazès. Sur le retour de la sensibilité testiculaire dans le tabes. (*Rev. de méd.*, fév.) — Briand. Hallucinations à caractère pénible dans le tabes. (*Ann. méd. psych.*, p. 268, mars.) — Macdonald et Davidson. Affection mentale associée au tabes. (*J. of mental sc.*, janv.) — Féré. Perversion sexuelle liée à l'ataxie locomotrice. (*Belgique méd.*, 14 janv.) — Tournier. Ostéoarthropathies hypertrophiques du genou droit et des deux pieds d'origine nerveuse, tabes ou syringomyélie; rôle d'une tare nerveuse dans la réalisation des modalités tabétiques. (*Rev. de méd.*, mars.) — Griffiths. Fracture spontanée du tibia et de la rotule dans un cas d'ataxie. (*Brit. med. j.*, 24 avril.) — Weber. L'usage du corset à extension permanente et des exercices de Fraenkel dans le traitement de

Digitized by Google

l'ataxie locomotrice. (*Med. Record*, 27 fév.) — Bettman. Le traitement de l'ataxie locomotrice sur l'exercice suivant la méthode de Fraenkel. (*J. Americ. med. Ass.*, 2 janv.) — Willard et Spiller. Commotion de la moelle. (*N.-York med. j.*, 6 mars.) — Watts. Rupture partielle de la moelle sans fracture du rachis. (*Brit. med. j.*, 13 mars.)

Mole. — Hart. Nature et diagnostic de la mole. (*Brit. med. j.*, 24 oct. 1896.) — Ouvry. De la mole hydatiforme. (*Thèse de Paris.*)

Molluscum. — Geldner. Fibrome molluscum de la grande lèvre. (*Thèse de Greifswald.*) — Thomson. Obs. de molluscum fibrosum. (*Austral. med. Gaz.*, 20 fév.) — Abt. Un cas de fibrome molluscum de la vulve. (*Thèse de Tubingen.*) — Muetze. Du molluscum contagiosum des paupières. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 15.)

Monstre. — Douglas. Monstre hémicéphale. (*Brit. med. j.*, 30 janv.)—Meunier. Sur un cas d'amélie. (*Soc. anat. Paris*, 19 fév.) — Gilis et Prat. Dissection d'un monstre humain double autositaire. (*J. de l'anat.*, mars.) — Lewis. Les monstres iniencéphales. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 fév. et *Amer. j. of obst.*, janv.)

Mort. — De Paepe. La mort, sa conception physiologique et morale chez Proudhon. (*Rev. scientif.*, 23 janv.) — Delassus. Mort apparente et inhumations précipitées. (*J. sc. méd. Lille*, 3 avril.) — Icard. La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente. (In-18, 314 p., *Paris.*)

Morve. — Moscata. Epidémie de morve. (*Gaz. med. Lombarda*, 12 avril.) — G. Roux. Diagnostic expérimental de la morve. (*Lyon méd.*, 17 janv.) — Trambusti. Un cas de morve aiguë de l'homme. (*Accad. med. chir. Ferrara*, 24 janv.) — Forestier. Un cas de farcin aigu. (*Lyon méd.*, 7 fév.)

Muscle. — Rutherford. Structure et contraction de la fibre musculaire striée. (*J. of anat.*, avril.) — M'Dougall. Structure du muscle strié, nature de sa contraction. (*Ibid.*, avril.) — Negro. Contribution à l'étiologie du sarcolemne des fibres musculaires striées. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, déc. 1896.) — Bottazzi. Sur le développement embryonnaire de la fonction motrice dans les organes à cellules musculaires. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI p. 443.) — Byron Robinson. Le diaphragme et le centre tendineux. (*J. Americ. med. Ass.*, 30 janv.) — Le Double. Variations des muscles de la cuisse de l'homme et leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique. (In-8°, 40 p., *Nancy.*) — Cherechenski. Le sens musculaire et le sens des attitudes. (*Thèse de Paris.*) — Finzi. Les phénomènes et les théories du sens musculaire. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 201.) — Imbert. Le mécanisme de la contraction musculaire déduit de la considération des forces de tension superficielle. (*Arch. de phys.*, IX, p. 289.) — Richet et Broca. Contraction musculaire anaérobie, action de l'électricité sur le muscle privé d'oxygène. (*Arch. d'élect. méd.*, fév.) — Gréhant. Mesure du plus grand effort que puisse produire un muscle isolé. (*Soc. de biol.*, 20 mars.) — Schultz. Influence de la température sur la puissance productrice du muscle strié. (*Arch. f. Anat. med. Phys., phys. Abth.*, p. 1. — Rollet. Variations dans le caractère des contractions du muscle strié avec la stimulation périodique de quelque durée. (*J. of anat.*, janv.) — Chauveau et Tissot. Effets de la variation combinée des deux facteurs de la dépense énergétique des muscles sur la valeur des échanges respira-

Digitized by Google

toires dans le cas de contraction statique. (*Acad. des sc.*, 4 janv.) — CHAUVEAU. Méthode nouvelle pour s'assurer si, dans les milieux vivants comme dans le monde inanimé, le travail positif prend de l'énergie au moteur et si le travail négatif lui en donne. (*Ibid.*, 15 mars et *Arch. de phys.*, IX, p. 261.) — TAVERNARI. Action des médicaments nervins sur le travail des muscles fatigués. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 89.) — Hugo WINTERNITZ. Les travaux récents sur la chimie du muscle et sur la chimie bromatologique de la viande. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 821.) — KACHKADAMOFF. Changements chimiques des muscles à l'état d'activité. (*Vratch*, 2 janv.) — AZAM et CASTERET. Absence congénitale des pectoraux. (*Presse méd.*, 3 fév.) — BUZZIO. Pathologie du tissu musculaire. (*Ann. di freniat.*, VII, janv. et *Riforma med.*, 4 fév.) — HOBBS. Myosite infectieuse d'origine traumatique. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 fév.) — SANO. Les amyotrophies progressives. (*J. méd. Bruxelles*, 18 mars.) — RAYMOND. Myopathie primitive de l'enfance, atrophie et pseudo-hypertrophie. (*Bull. méd.*, 28 mars.) — WILLERS. Un cas d'atrophie musculaire du type Aran-Duchesne. (*Ibid.*, 14 janv.) — STOWELL. Atrophie musculaire progressive chez les jeunes sujets. (*N.-York med. j.*, 20 mars.) — BENDER. Des échanges nutritifs dans l'atrophie musculaire progressive. (*Thèse de Bonn.*) — SCHUTTE. Un cas de paramyoclonus multiple. (*Neurol. Centralb.*, 1.) — LANNOIS. Maladie de Thomsen. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — HAASS. De la myotomie congénitale. (*Thèse de Bonn.*) — GANGOLPHE. Psoïtis par traumatisme direct. (*Lyon méd.*, 24 janv.) — WALZ. Mécanisme des ruptures sous-cutanées du carré crural, de la rotule et du ligament rotulien. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 430.) — RIOBLANC. Hernie musculaire vraie. (*Lyon méd.*, 24 janv.) — DUPLANT. Myome malin ou cancer musculaire lisse. (*Ibid.*, 3 janv.)

Mycose. — ROGER et JOSUÉ. Des altérations du rein dans l'oïdo-mycose expérimentale. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — LALLIER. Sur la mycose du tube digestif chez l'homme. (*Thèse de Paris.*) — SAXER. Mycose pulmonaire (aspergill. fumig.). (*Berl. klin. Woch.*, p. 1163, 18 déc. 1896.) — BOWEN. Mycosis fongoïde et sarcomatose cutanée. (*J. of cutan. dis.*, fév.)

Myopie. — ROOSA. Sur la myopie lenticulaire. (*Med. Record*, 2 janv.) — OVIO. Traitement chirurgical de la myopie très prononcée. (*Riv. veneta sc. med.*, 28 fév.)

N

Nævus. — WHITE. Nævus superficiel diffus. (*Scottish med. j.*, avril.) — BROCQ. Nævi épithéliaux kystiques. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 289.)

Nerf. — ROUGET. Structure intime des fibres terminales des nerfs moteurs des muscles striés des amphibies. (*Arch. de phys.*, IX, p. 245.) — VOINOT. Sur la névroglie périmédullaire. (*Soc. de biol.*, 6 mars.) — ROBERTSON. Théorie de Wiegert sur la structure de la névroglie. (*J. of ment. sc.*, janv.) — MARINESCO. Les noyaux musculo-striés et musculo-lisses du pneumogastrique. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — KLJATSCHKIN. Recherches expérimentales sur l'origine du trijumeau. (*Neurol. Cent.*, 5.) — DIXON. Le

Digitized by Google

trajet des nerfs du goût. (*Edinb. med. j.*, avril.) — Betti. Connexion du nerf hypoglosse avec les nerfs cervicaux. (*Bol. Accad. med. Genova*, XI, 14.) — Riche. Le nerf cubital et les muscles de l'éminence thénar. (*Soc. anat. Paris.* 12 mars.) — Morestin. L'innervation de la face dorsale de la main et des doigts. (*Ibid.*, 8 janv.) — Waller. Influence des acides et des alcalis sur les courants électro-toniques des nerfs. (*Physiol. Soc.*, 16 janv. et *J. of phys.*, XXI.) — Broca et Richet. Période réfractaire dans les centres nerveux, ondulations nerveuses et conséquences qui en résultent au point de vue de la dynamique cérébrale. (*Acad. des sc.*, 15 mars.) — Broca et Richet. Période réfractaire et synchronisation des oscillations nerveuses. (*Ibid.*, 29 mars.) — Salvioli. Sur la prétendue influence trophique des nerfs sur les tissus de l'organisme. (*Arch. per. le sc. med.*, XX, 4.) — Nettebaum. Des dégénérescences secondaires à la section du sympathique cervical. (*Thèse de Marbourg.*) — Fleming. Dégénérescence ascendante dans les nerfs mixtes. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Herrmann. Etude des troubles nerveux et psychiques non traumatiques. (*Thèse de Gottingen.*) — Gowers. Paralysie de la 5e paire. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Shaw. Paresthésie de la région fémorale externe. (*N.-York med. j.*, 13 fév.) — Eulenburg. Crampes cloniques du bras gauche. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 nov. 1896.) — Kaufmann. Un cas d'affection aiguë simultanée des nerfs acoustique, facial et trijumeau. (*Zeit. f. Ohr.*, XXX, 2.) — Kohos. Sur quelques cas de névrites périphériques d'origine paludéenne. (*La méd. orient.*, janv.) — Dejerine et Mirallié. Un cas de névrite systématisée motrice avec anasarque (*Rev. de méd.*, janv.) — Moty. Névrites hystéro-traumatiques. (*Nord méd.*, 15 mars, p. 68.) — Halipré. La névrite périphérique. (*Normandie méd.*, 15 fév.) — Raymond. Névrite diabétique, paralysie faciale et zona. (*Bull. méd.*, 28 mars.) — Raymond. Traitement des polynévrites. (*Rev. int. de thérap.*, 16 janv.) — Semidalow. Sur l'akinésie algère. (*Vratch*, 9 janv.) — Osler. Formes rares de méralgie paresthésique. (*J. of nerv. dis.*, mars.) — Sewill. Deux cas de névralgie du trijumeau et de trismus dues à la perte de dents. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — Popper. Deux cas de névralgie du trijumeau. (*Deut. med. Woch.*, 15 avril.) — Klippel et Lefas. Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — West. Tic douloureux, élongation nerveuse, amélioration. (*Brit. med. j.*, 9 janv.) — Marchand et Herbet. De la résection du ganglion de Gasser dans les névralgies faciales rebelles. (*Rev. de chir.*, avril.) — Grosjean. Du traitement chirurgical des névralgies rebelles du nerf maxillaire supérieur. (*Thèse de Nancy.*) — Massoulard. Les interventions sur le trijumeau intra-cranien dans la névralgie faciale rebelle. (*Thèse de Lyon.*) — Kennedy. Sciatique par compression pendant le travail, guérie par le massage et l'élongation nerveuse. (*N.-York med. j.*, 27 mars.) — Lewinsohn. Elongation du nerf sciatique dans la névralgie. (*Thèse de Greifswald.*) — Huber. Sutures et greffes nerveuses. (*Int. j. of surg.*, mars.) — Schillings. De la suture nerveuse pour plaies des nerfs périphériques. (*Thèse de Bonn.*) — Kennedy. Régénération des nerfs. (*J. of anat.*, avril.) — Korolew. De l'origine et de l'importance des cellules ganglionnaires dans la régénération des nerfs blessés. (*Ceut. f. med. Wiss.*, 20 fév.) — Berger. Compression du nerf tibial postérieur pour un mal ancien, mal plantaire perforant. (*Bull. med.*, 10 fév.) — Jonnesco. Résection totale et bilatérale du nerf sympathique cervical dans le goitre exophtalmique et l'épilepsie. (*Cent. f. Chir.*, 16 janv.) — Sick et Saenger. Guérison d'une paralysie radiale par l'union du bout périphérique du radial et du médian. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 271.) — Grall. Histologie pathologique des tumeurs des nerfs. (*Thèse de Lyon.*) — Bernard. Neuro-lipomatose généralisée. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Branca. Neurofibromatose intestinale. (*Soc. anat*

Digitized by Google

Paris, 5 fév.) — Dor. Névrome malin. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — Feindel. Développement d'un sarcome chez un sujet atteint de neurofibromatose généralisée. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Nerveux (Système). — Fleming. Histologie des fibres nerveuses à myéline (*J. of anat.*, avril.) — Soury. Histoire des doctrines contemporaines de l'histologie du système nerveux central, théorie des neurones. (*Arch. de neurol.*, avril.) — Marinesco. Recherches sur l'histologie de la cellule nerveuse, avec quelques considérations physiologiques. (*Acad. des sc.*, 12 avril.) — Demoor. Le neurone au point de vue de la physiologie nerveuse. (*J. méd. Bruxelles*, 11 mars.) — Soury. Théorie des neurones. (*Rev de neurol.*, fév.) — Dercum. Application de la théorie du mouvement des neurones. (*Univ. med. Magaz.*, avril.) — Broca et Richet. Réflexes provoqués par des excitations acoustiques, période réfractaire et synchronisation des oscillations nerveuses. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — Broca et Richet. Période réfractaire dans les centres nerveux. (*Acad. des sc.*, 11 janv.) — Valenza. Les changements microscopiques des cellules nerveuses dans leur activité fonctionnelle et sous l'action d'agents excitants et destructeurs. (*Acad. d. sc. fis. Napoli*, III, p. 56.) — Sfameni. Recherches expérimentales sur les altérations artificielles et cadavériques du système nerveux central et périphérique. (*Lo Sperimentale*. LI, p. 38.) — Pellizzi. Des altérations des cellules nerveuses dans l'atrophie par manque de fonction. (*Ann. di freniat.*, VII, janv.) — Fleming. Effets de la dégénérescence ascendante sur les cellules nerveuses des ganglions. (*Edinb. med. j.*, mars.) — Marinesco. Pathologie générale de la cellule nerveuse, lésions secondaires et primitives. (*Presse méd.*, 27 janv.) — Encausse. Du traitement externe et psychique des maladies nerveuses. (In-8°, 208 p., *Paris*.)

Névrose. — Favero. Hérédité névropathique (*Gaz. d. Osped.*, 21 mars.) — Savage. L'hérédité dans les névroses. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — Thomas. L'auto-infection, facteur de névroses. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — Toulouse. Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. (*Ann. méd. phys.*, mars, p. 304.) — Elsner. Les facteurs pathologiques de la neurasthénie. (*N.-York med. j.*, 10 avril.) — Schaffer. De la neurasthénie cérébrale et de ses rapports avec la paralysie générale. (*Pester med. Presse*, 3 janv.) — Horsley. De la neurasthénie traumatique. (*London med. Soc.*, 22 fév.) — Colquhoun. Deux cas de neurasthénie traumatique. (*Australasian med. Gaz.*, 20 janv.) — Rockwell. La neurasthénie dans ses relations avec les autres maladies. (*Med. Record*, 27 fév.) — Pettyjohn. Diagnostic différentiel et traitement de la neurasthénie. (*Med. News*, 13 mars.) — Finley. Forme particulière familiale de tic convulsif avec exacerbations nocturnes et attaques épileptiques. (*Montreal med. j.*, mars.) — Glorieux. Sur le traitement de la neurasthénie. (*La Polyclin. Bruxelles.*, 1er mars.) — Dent. Des névroses intestinales. (*London med. Soc.*, 8 mars.) — Mc Enroe. Observations cliniques sur les convulsions des adultes; diagnostic et traitement. (*Med. Record*, 6 fév.) — Vetlesen. Névrose du sympathique. (*Nork Magaz. f. Laegevid.*, p. 711, 1896.) — Jonas. Quels sont les avantages du traitement chirurgical des névroses ovariennes? (*J. Amer. med. Ass.*, 2 janv.) — Hans. Trépanation dans les névroses traumatiques. (*Thèse de Bonn.*)

Nez. — Bruner. Nouveaux muscles nasaux chez les reptiles. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 217). — Garbini. Evolution du sens olfactif dans l'enfance. (*Accad. di Verona*, LXXII, 4.) — Ribard. Des troubles de l'odorat. (*Thèse de Paris.*) — Rosenthal. Les maladies du nez, des sinus et de la gorge. (In-8°, 244 p., *Berlin.*) —

Digitized by Google

HALL. Les maladies de la gorge et du nez dans leurs rapports avec la médecine générale. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — CASTEX. Rapports pathologiques entre le nez et les yeux. (*France méd.*, 9 avril.) — GAREL. Diagnostic et traitement des maladies du nez, rhinoscopie. (In-8°, 248 p., *Paris.*) — COMPAIRED. Succès de la chirurgie dans la thérapeutique de certaines maladies des fosses nasales. (*Rev. hebd. de lar.*, 30 janv.) — LEPETIT. Troubles respiratoires réflexes, consécutifs à des affections nasales. (*Centre méd.*, 1er fév.) — LUZZATI. Forme légère d'excitation psychique à la suite d'une opération endo-nasale. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — TORCHIO. Épilepsie provoquée par les lésions du nez et de l'oreille. (*Gaz. d. Osped.*, 4 avril.) — HOBBS. Quelques cas rares de réflexe nasal (priapisme). (*Laryngoscope*, mars.) — MULHALL. Le catarrhe nasal purulent des adolescents. (*Ibid.*, fév.) — ARSLAN. Angine et rhinite pseudo-membraneuse causées par un nouveau bacille. (*Gaz. d. Osp.*, 3 janv.) — WHITNEY. Le traitement du coryza. (*Med. News*, 23 janv.) — COURTADE. Traitement abortif du coryza aigu par l'irrigation nasale à 50° cent. (*Bull. gén. de thér.*, 8 fév.). — SOMERS. Le chlorhydrate d'eucaïne comme anesthésique local dans la rhinite hypertrophique. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — BERGENGRUN. La valeur des lavages du nez. (*Therap. Woch.*, 28 mars.) — STACKE. L'emploi de l'électro-moteur dans les opérations sur le nez et les oreilles. (*Arch. f. Ohr.*, XLII, 2.) — MILLER. Ozène, nécrose de la cloison, ethmoïdite, complications cérébrales, mort. (*Brit. med. j.*, 10 avril.) — LAUTMANN. L'ozène atrophiant pathogénée, sérothérapie. (*Thèse de Paris.* — NORTH. Pathologie, diagnostic et traitement du catarrhe atrophique. (*Med. Record*, 2 janv.) — SHASTID. L'eucaïne dans la rhinite atrophique. (*Ibid.*, 10 avril.) — COMPAIRED. Nouveau traitement de l'ozène. (*Arch. latinos de rinol.*, avril.) — HUGUES. De l'ozène vrai et spécialement de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique. (*Thèse de Lyon.*) — MACKENZIE. Anatomie pathologique des lésions ethmoïdales. (*J. of laryng.*, fév.) — PEARLER. Les affections des sinus du nez. (*Med. and surg. Reporter*, 30 janv.) — TRAVIS. Lésions des sinus du nez. (*Int. j. of surg.*, janv.) — THOMAS. Affections du sinus frontal, leur traitement. (*Med. News*, 6 mars.) — SILCOCK. Mucocèle et empyème du sinus frontal. (*Practitioner*, mars.) — BENNETT. Suppuration du sinus frontal. (*London lar. Soc.*, 10 fév.) — MILLIGAN. Empyème du sinus frontal. (*Clin. Soc. Manchester*, 16 mars.) — WILKIN. Trépanation du sinus frontal. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — TILLEY. Traitement chirurgical de l'empyème double du sinus frontal compliqué de double sinusite maxillaire. (*Ibid.*, 23 janv.) — KRAUS. De l'épistaxis. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 5 janv.) — KEISER. Périchondrite du nez. (*Laryngoscope*, mars.) — DANZIGER. La soi-disant périchondrite idiopathique de la cloison, hématome spontané. (*Mon. f. Ohr.*, janv.) — FRIEDHEIM. De l'hématome et de la périchondrite de la cloison nasale. (*Thèse de Berlin.*) — KICER. Hématome du nez, 13 cas. (*Laryngoscope*, fév.) — CASSELBERRY. Abcès de la cloison nasale. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — DE COLONNA-WALEWSKI. Des abcès de la cloison nasale. (*Thèse de Paris.*) — CHRISTY. Ulcération de la cloison nasale. (*N.-York med. j.*, 2 janv.) — SYMONDS. Ulcération tuberculeuse de la cloison. (*London lar. Soc.*, 10 fév.) — KOHN. 1° Chancre nasal; 2° Kyste dernoïde du nez. (*N.-York med. j.*, 27 mars.) — RIPAULT. Un cas de syphilis secondaire du nez. (*Ann. mal. de l'or.*, janv.) — LAVERAN. Séquestre des fosses nasales. (*Nord méd.*, 1er janv.) — THOMAS. Nez en selle, pose d'un support en celluloïde. (*Liverpool med. Inst.*, 28 janv.) — STEWART. Malformation du nez. (*London lar. Soc.*, 13 janv.) — STEWART. Malformation congénitale du nez. (*Lancet*, 27 mars.) — RICE. Pourquoi les opérations sur les cornets deviennent moins fréquentes. (*N.-York Acad. of med.*, 27 janv.) — ÉWING. La turbinotomie. (*Laryngoscope*, mars.) — MC CASSY. Difformités de la cloison nasale. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 fév.) —

Digitized by Google

Lacroix. Du redressement spontané des déviations de la cloison par simple désobstruction de la fosse nasale opposée. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 19.) — Saenger. Procédé pour remédier aux troubles de la parole dus à des communications anormales entre la bouche et la gorge, le nez et le palais. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 417.) — Schwendt. Occlusion congénitale des fosses nasales, guérison par le galvano-cautère. (*Monats. f. Ohr.*, mars.) — Bœningham. Occlusion des fosses nasales par la tuméfaction des bords de la trompe. (*Ibid.*) — Lockwood. Obstruction nasale et signes d'affection cardiaque. (*N.-York med. j.*, 16 janv.) — Sehmalowski. Des calculs du nez. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Herzfeld. Rhinolithe de sulfure de fer. (*Mon. f. Ohr.*, fév.) — Rothenaicher. Rhinolithe à base de noyau de cerise. (*Ibid.*) — Broca. Polype muqueux naso-pharyngien. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 janv.) — Silver. Polype fibreux nasal. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 fév.) — Sicard. Des tumeurs cartilagineuses des fosses nasales. (*Thèse de Paris.*) — Park. Angiome du cornet inférieur. (*Laryngoscope*, mars.) — Gaudier. Tumeurs des fosses nasales, apparence tuberculeuse, pas de bacilles à l'examen. (*Nord méd.* 15 mars, p. 69.) — Greene. Un cas de sarcome et de carcinome du nez. (*Med. News*, 6 fév.) — Gourdiat. Des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales. (*Thèse de Lyon.*)

Nutrition. — Bouchard. Considérations sur l'état statique du corps. (*Semaine méd.*, 17 mars.) — Harris. Le pouvoir réducteur des tissus. (*J. of anat.*, avril.) — Limbeck. Influence de l'oxygène sur les échanges organiques. (*Therap. Woch.*, 17 janv.) — Veraguth. Effet d'un repas sur l'excrétion d'azote dans l'urine. (*J. of phys.*, XXI, p. 112.) — Butte et Peyron. Action de l'ozone sur la nutrition, élimination de l'azote total, de l'urée et de l'acide phosphorique. (*Ann. policlin. Paris*, mars.) — Zoubow. Valeurs comparées des méthodes de Latchinow, Tschernow et de Mierzynski pour doser les acides gras dans les selles. (*Vratch*, 13 fév.) — Guillemonat et Lapicque. Quantité de fer contenu dans les faces de l'homme. (*Soc. de biol.*, 3 avril.)

O

Obésité. — Gaff. L'obésité, cause de stérilité. (*J. Americ. med. Ass.*, 23 janv.) — Kisch. Traitement des formes anémiques de l'obésité. (*Ther. Mon.*, fév.) — Œrtel. Traitement de l'obésité. (*Therap. Mon.*, avril.)

Occlusion intestinale. — Goggans. Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale aiguë. (*Med. News*, 10 avril.) — Makletzoff. Sur la perméabilité des parois intestinales pour les microbes pendant l'obstruction intestinale. (*Vratch*, 6 mars.) — Raymond. De l'occlusion intestinale par calculs biliaires, son traitement. (*Thèse de Lyon.*) — Duchesne. Occlusion intestinale par calcul biliaire. (*Année méd. Caen*, 15 janv.) — Hess. Un cas rare d'occlusion congénitale du duodénum et du rectum. (*Deut. med. Woch.*, 1er avril.) — Champneys et Power. Occlusion du duodénum par une cloison transversale complète. (*Brit. med. j.*, 20 mars, p. 718.) — Routier. Occlusion intestinale. (*J. des Praticiens*, 13 fév.) — Townsend. 2 cas d'occlusion intestinale par corps étranger. (*Annals of Gyn.*, mars.) — D'Arcy

Digitized by Google

POWER. Pathologie et chirurgie de l'invagination. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — WILKINSON. Occlusion intestinale par calcul biliaire. (*Ibid.*) — MEEK. Deux cas d'intussusception ; plaidoyer en faveur de l'intervention précoce. (*Med. Record*, 13 mars.) — LÉPINE. Appendicite perforée, péritonite, occlusion intestinale par flexion à angle aigu de l'intestin grêle causé par des fausses membranes récentes. (*Lyon méd.*, 14 fév.) — TURNER. 2 laparotomies chez le même sujet pour obstruction par bride. (*London med. soc.*, 23 janv.) — KNAGGS. 2 cas d'invagination guéris par la laparotomie. (*Lancet*, 24 avril.) — WARREN. Deux cas de laparotomie pour intussusception aiguë. (*Boston med. Journ.*, 11 fév.) — SMITH. Occlusion intestinale à travers un orifice du mésentère, volvulus et hémorragie dans la cavité abdominale, opération, guérison. (*Brit. med. j.*, 24 avril.) — REID. Obstruction intestinale guérie par le massage de l'abdomen. (*Ibid.*, 17 avril.) — V. BARACZ. Etiologie de l'occlusion intestinale après la résection et l'extirpation du côlon et de l'iléo-cœcum. (*Cent. f. Chir.*, 3 avril.) — BRAUN. Etranglement interne après résection de l'intestin avec entéro-anastomose. (*Ibid.*, 27 fév.)

Œdème. — LOURIER. Sur l'œdème névropathique éléphantiasique. (*Thèse de Paris.*) — NORTON. Œdème angionévrotique. (*N.-York med. j.*, 30 janv.) — MASTERMAN. Œdème mobile d'origine septique. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — POTAIN. Des œdèmes nerveux et arthritiques. (*Bull. méd.*, 10 janv.) — THÉAULON. Les conditions pathogéniques de l'œdème et sa physiologie pathologique. (*Thèse de Lyon.*)

Œil. — ROCHON-DUVIGNEAUD. Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (globe et nerf optique). (In-8°, 136 p., *Lille.*) — PAGANO. Des voies associées périphériques du nerf optique. (*Riv. di patol. nervosa*, II, p. 70.) — BUCHANAN. Glandes du corps ciliaire. (*J. of anat.*, janv.) — James WEIR. Les yeux hétéroclites chez quelques animaux. (*Med. Record*, 10 avril.) — BOURCIER. La micrométrie du fond de l'œil. (*Thèse de Lyon.*) — ROEHRIG. Le pouvoir microscopique de l'œil normal. (*Med. Record*, 23 janv.) — HAYCRAFT. Luminosité et photométrie. (*J. of phys.*, XXI, p. 126.) — BROCA. Des images subjectives normales et pathologiques. (*Soc. de biol.*, 23 janv.) — CHARPENTIER. Sur les couleurs d'irradiation dans les excitations lumineuses brèves. (*Acad. des sc.*, 8 fév.) — CHARPENTIER. Changements de couleur des lumières brèves suivant leur durée. (*Ibid.*, 15 fév.) — CHARPENTIER. Rôle des images récurrentes dans l'irradiation des lumières brèves. (*Ibid.*, 22 fév.) — PERGENS. Des verres colorés et non colorés en oculistique. (*Klin. Mon.f. Aug.*, fév.) — FUKALA. La mensuration de l'axe de l'œil et la grandeur de l'image. (*Wiener med. Woch.*, 13 fév.) — HALLIDIE. Topographie du fond de l'œil emmétrope. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 361.) — PRINCE. L'âge et l'échelle de réfraction. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 24.) — MACKIMOW. Sur l'acuité visuelle et la réfraction des recrues. (*Vratch*, 13 mars.) — CARHARTS. Réfraction des yeux chez un millier d'enfants, recherche de l'astigmatisme. (*N.-York med. j.*, 17 avril.) — LESZYNSKY. Absence congénitale du mouvement des yeux en dehors. (*Ibid.*, 27 fév.) — BRUNER. Anisométropie. (*Ibid.*, 20 fév.) — CLAIRBORNE. L'effet des poisons extrinsèques sur l'œil. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 janv.) — BENEDIKT. L'optique et la biomécanique en ophtalmologie. (*Wiener klin. Rundschau*, 28 mars.) — GRADLE. Diagnostic médical basé sur les symptômes oculaires. (*Medicine*, mars.) — MARSHALL. Examen pathologique de l'œil. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 379.) — MACQUIN. Application des phénomènes entoptiques à l'oculistique. (*Thèse de Nancy.*) — MACKENZIE et MARSHALL. De l'ophtalmie des nouveau-nés. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 410.) — ADAMS. Sept cas d'ophtalmie des nouveau-nés. (*N.-York*

Digitized by Google

med. j., 3 avril.) — WALTER. Considérations générales sur le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Ibid.*, 16 janv.) — NATHANSON. Influence nocive des chenilles sur l'œil. (*St-Petersb. med. Woch.*, 3 avril.) — GALEZOWSKY. De la scrofule oculaire et de ses relations avec la syphilis héréditaire. (*Rec. d'opht.*, mars.) — PANAS. Ténonite et orchite doubles. (*Semaine méd.*, 13 janvier.) — MARSHALL. Méningite consécutive à l'énucléation de l'œil pour panophtalmie. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 312.) — KNAUER. De la migraine ophtalmique. (*Cent. f. Nervenh.*, 24 mars.) — LIEBRECHT. Diplopie physiologique et hystérique. (*Arch. f. Aug.*, fév.) — KARPLUS. De l'ophtalmologie asthénique. (*Jahrb. f. Psych.*, XV, p. 2.) — GRADLE. Asthénopie due à des erreurs de réfraction. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 mars.) — PAUILLY. Etiologie des paralysies oculaires. (*Thèse de Rostock.*) — GRAND. L'hémianopsie horizontale. (*Thèse de Lille.*) — SALVA. Le champ visuel périphérique dans l'amblyopie toxique. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — PRINCE. Amblyopie monoculaire hystérique avec vision binoculaire normale. (*Amer. j. of med. sc.*, fév.) — HIGGINS. L'amblyopie tabagique. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 janv.) — THOMPSON. Amblyopie par le tabac, amélioration lente après la cessation du tabac. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 405.) — KLJATSCHKIN. Un cas de paralysie récidivante périodique de l'oculo-moteur. (*Neurol. Centralb.*, 5.) — DE LAPERSONNE. Paralysies traumatiques des muscles de l'œil. (*Écho méd. Nord*, 24 janv.) — COLLINS. Scotome permanent central causé par la fixation du soleil, avec atrophie partielle du nerf optique. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 374.) — GRADLE. Correction de l'astigmatisme par la tension du muscle ciliaire. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 252.) — FAGE. Ophtalmie sympathique apparue un mois après l'énucléation d'un œil blessé. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — FISHER. Un cas d'hémorragie sous-hyaloïdienne. (*London opht. hosp. Rep.*, XIV, p. 291.) — PANAS. Pathogénie et traitement des hémorragies spontanées profuses du vitré. (*Presse méd.*, 3 avril.) — TROUSSEAU. Les hémorragies oculaires dans la phosphaturie et l'azoturie. (*Bull. méd.*, 4 avril.) — TERSON. De l'énophtalmie et de l'exophtalmie alternantes. (*Thèse de Paris.*) — NEULEN. Pathogénie de l'exophtalmie traumatique. (*Thèse de Greifswald.*) — ZIMMERMANN. Enophtalmie traumatique. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 38.) — KIBBE. Exophtalmie traumatique pulsatile, ligature de la carotide primitive, guérison. (*Ibid.*, XXVI, p. 48.) — CHIMANOWSKI. Sur l'exophtalmie pulsatile. (*Messager d'ophtalm. en russe*, janv.-fév.) — SZUMANN. Sur les psychoses à la suite des blessures de l'œil. (*Münch. med. Woch.*, 5 janv.) — BONSIGNORIO. Traitement conservateur des blessures graves de l'œil. (*Thèse de Paris.*) — WEEKS. Ablation d'un fragment d'acier de l'œil par l'électro-aimant. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 85.) — LAURE. De la désinsertion traumatique des muscles de l'œil. (*Thèse de Paris.*) — KALT. Sarcome endothélial du nerf optique. (*Soc. d'opht. Paris*, 9 mars.) — BJELILOWSKY. Le sozoiodol dans les maladies de l'œil. (*St-Petersb. med. Woch.*, 13 fév.) — DOLGANOFF. Action de l'eucaïne sur l'œil. (*Klin. Mon. f. Aug.*, fév.)

Œsophage. — EBERTH. Epithélium stomacal trouvé dans l'œsophage. (*Fortsch. d. Med.*, 1er avril.) — LEMAISTRE. Œsophagotomie externe pour corps étranger chez un enfant de 6 mois et demi, guérison. (*Bull Soc. de chir.*, XXII, p. 759.) — BROCA. Rapport sur ce travail. (*Ibid.*) — PÉAN. Sur une œsophagotomie externe avec diagnostic radiographique, pour l'extraction d'une pièce de monnaie. (*Bull. Acad. Méd.*, 8 déc. 1896.) — KELLING. Sonde à éponge cachée pour l'œsophage. (*Münch. med. Woch.*, p. 37, 12 janv.) — EVERSMANN. Des ulcérations peptiques de l'œsophage. (*Thèse de Bonn.*) — BOWES. Occlusion congénitale de l'œsophage sans autres malformations.

Digitized by Google

(*Brit. med. j.*, 6 mars.) — LEGRAND. Des imperforations de l'œsophage. (*Thèse de Paris.*) — LEFOUR. Imperforation œsophagienne et communication œsophago-trachéale chez un nouveau-né. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mai 1896.) — KROENLEIN. Rétrécissement caustique de l'œsophage. Gastrostomie. Alimentation par la fistule depuis deux ans. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 767, 15 déc. 1896.) — BARD. Cancer de l'œsophage avec troubles trophiques des ongles. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — THOMAS. Cancer ulcéré de la partie inférieure de l'œsophage, ayant perforé l'aorte et communiquant avec le poumon, chez un homme de 60 ans, latent jusqu'aux hématémèses terminales. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 664.) — William LÉVY. Expériences sur la résection de l'œsophage. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 969, 26 oct. 1896.)

Opothérapie. — MAUBRAC et MAURANGE. L'opothérapie. (*Rev. gén. des sc.*, 30 déc. 1896.) — DUFOUR. L'opothérapie. (*Nord méd.*, 15 fév.)

Orbite. — SNELL. Tumeurs orbitaires d'apparence néoplasique disparaissant par un traitement médical. (*Lancet*, 23 janv.) — DISPA. Sur les kystes dermoïdes de la région orbitaire. (*Thèse de Lille.*) — VALUDE. Hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — GAYET. Tumeur de l'orbite, mélanose. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — F. LAGRANGE. Sarcome embryonnaire de l'orbite chez un enfant. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — STARCK. Un cas de gliosarcome de l'orbite. (*Thèse de Greifswald.*)

Oreille. — GRUBER. Sur le canal carotidien. (*Mon. f. Ohr.*, janv.) — FORSELLES. Le degré de perception de l'oreille normale. (*Ibid.*, fév.) — DE CYON. Les canaux semi-circulaires et le sens de l'espace. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 29.) — RAUGÉ. Relief et orientation, réponse à Bonnier. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 39.) — BONNIER. Sur l'épreuve de Gellé. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — PIETERSEN. Hallucinations auditives. (*Birmingham med. review.*, mars.) — MOURE. Examen fonctionnel de l'oreille. (*J. méd. Bordeaux*, 14 mars.) — CHAMBELLAN. Importance de l'examen médical auriculaire dans les écoles. (*J. de clin. inf.*, 4 fév.) — MALIOUTINE. Sur la surdité professionnelle ; la surdité chez les tisseurs. (*Mediz. Obozr.*, janv.) — MILBURY. Rapports des affections des voies aériennes supérieures avec les maladies de l'oreille. (*Laryngoscope*, fév.) — GELLÉ. Sur l'otologie dans ses rapports avec le système nerveux. (*Tribune méd.*, 24 fév.) — GRAFÉ. Un nouveau cas d'audition colorée. (*Rev. de méd.*, mars.) — GELLÉ. Hyperesthésie auditive douloureuse chez un éthéromane. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — LUZZATI. L'airol en otologie. (*Clinica moderna*, 10 mars.) — AYRES. Otite moyenne séreuse ou catarrhe séro-muqueux. (*Laryngoscope*, mars.) — HOPKINSON. Un cas d'otite moyenne aiguë. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 fév.) — GUYE. De la surdité consécutive à la cicatrisation du tympan. (*Rev. int. de rhinol.*, mars.) — EISELBERG. Périostite de l'apophyse mastoïdienne dans l'otite moyenne simple. (*Wiener med. Presse*, 28 mars.) — LERMOYEZ. Traitement d'urgence de l'otite moyenne aiguë. (*Presse méd.*, 24 fév.) — BARR. Un cas d'otite moyenne suppurée chronique. (*Glasgow med. j.*, avril.) — Moss. Otite moyenne chronique suppurée. (*Med. Record*, 27 fév.) — BARTH. Formation de concrétions dans l'oreille dans un cas de suppuration de l'oreille moyenne. (*Mon. f. Ohr.*, fév.) — DAYOT. Des pansements de l'otorrhée ou pansements simples. (*Thèse de Paris.*) — BOTEY. Traitement des suppurations de l'attique. (*Arch. latinos de rinol.*, fév.) — JOUSSET. Furonculose du conduit auditif externe. (*Nord méd.*, 1er mars.) — STILLMANN. Un cas d'otite moyenne suppurée compliquée d'abcès rétro-pharyn-

Digitized by Google

gien. (*N.-York med. j.*, 6 fév.) — Tillaux. Otite moyenne ; rupture du tympan, mastoïdite suppurée. (*Tribune méd.*, 17 fév.) — Moure. 34 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Moure. Sur 34 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien dont 16 avec ouverture large de la caisse et des annexes. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 737.) — Wheelock. Nécrose du temporal et mastoïdectomie. (*Int. j. of surg.*, mars.) — Habermann. Lésions du rocher et du labyrinthe à la suite des otites moyennes suppurées aiguës. (*Arch. f. Ohr.*, XLII, 2.) — Braquehaye. Trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse pour otite moyenne chronique et mastoïdite avec masse cholestéatomateuse. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 184.) — Seiss. Traitement des suppurations mastoïdiennes. (*Univ. med. Magaz.*, avril.) — Mignon. Abcès cérébral d'origine otique. (*Arch. de méd. mil.*, janv.) — Reynier. Trépanation pour abcès cérébral consécutif à des lésions de l'oreille moyenne. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 81.) — Gradenigo. Deux cas de guérison d'abcès d'origine otique. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, janv.) — W. af Schulten. Opération d'abcès du cerveau, suite d'otite suppurée. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 294.) — Henneberts. Mastoïdite aiguë, abcès sub-dural, guérison. (*Cercle méd. Bruxelles*, 5 fév.) — Ridley. Abcès cérébelleux, suite de mastoïdite, mort. (*Lancet*, 9 janv.) — Walker. Otite moyenne suppurée avec abcès cérébelleux. (*Brit. med. j.*, 6 mars.) — Rist. Abcès du cervelet d'origine otique. (*Presse méd.*, 6 janv.) — Wolff. Thrombose suppurée du sinus transverse. (*Mon. f. Ohr.*, fév.) — Robson et Keighley. Suppuration mastoïdienne avec pyémie du sinus latérale, excision partielle du sinus et ligature de la jugulaire interne. (*Lancet*, 6 fév.) — Rivière et Etiévant. Quelques cas de phlébite du sinus et de septico-pyohémie d'origine otitique. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 29.) — Wilson. Thrombose du sinus latéral. (*Laryngoscope*, janv.) — Villard. Trépanation pour phlébo-sinusite, mort. (*Lyon méd.*, 28 mars.) — Lacharrière. Otite moyenne aiguë purulente double, thrombose du sinus latéral gauche, trépanation de l'apophyse mastoïde, ouverture et nettoyage du sinus latéral, guérison. (*Rev. heb. de lar.*, 6 mars.) — Sandford. Hémorragie du sinus latéral dans l'opération de la mastoïdite. (*Brit. lar. Assoc.*, 29 janv.) — Milligan. Deux cas de blessure du sinus. (*Ibid.*) — Lange. De la perforation du tympan. (*Therap. Mon.*, avril.) — Bloch. Le diagnostic de la perforation du tympan. (*Zeit. f. Ohr.*, XXX, 2.) — Kœrner. De la névralgie tympanique. (*Ibid.*) — Schleicher. Sur un nouveau moyen de diagnostic des perforations tympaniques. (*Belgique méd.*, 7 janv.) — Bonnier. Sur un cas de mydriase réflexe d'origine labyrinthique. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — Gellé. De la conservation de l'audition malgré l'ankylose de l'étrier. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 3.) — Mounier. Un nouveau procédé d'ablation du mur de la logette. (*Ibid.*, X, p. 13.) — Grunert. Que doit-on attendre comme amélioration de l'audition de l'ablation de l'étrier en cas d'ankylose ? (*Arch. f. Ohr.*, XLI, p. 294.) — Bruhl. La thyroïdine dans les affections de l'oreille moyenne. (*Mon. f. Ohr.*, janv.) — Seligmann. Raréfaction périodique de l'air dans le conduit externe. (*Ibid.*) — Barclay. Peut-on guérir la surdité due au catarrhe ? (*Laryngoscope*, fév.) — Jones. Catarrhe chronique de l'oreille. (*Ibid.*) — Urbantschitsch. Des exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise (trad. de Egger.) (In-16, 189 p., *Paris.*) — Marage. Sur un nouveau cornet acoustique servant en même temps de masseur du tympan. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Jackson. Le massage de l'oreille. (*Laryngoscope*, janv.) — Cozzolino. A propos du traitement des vertiges, des bourdonnements et de quelques affections du labyrinthe par la ponction de la fenêtre ronde suivie d'aspiration. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Forns. A propos de la ponction de la fenêtre ronde suivie d'aspiration comme moyen

Digitized by Google

de traitement des affections labyrinthiques. (*Ibid.*, mars.) — YEARSLEY. Blessures et maladies de l'oreille. (*Londres.*) — D. KAUFMANN. Sur un cas de surdité bilatérale complète survenu trois jours après une chute sur l'occiput. (*Wiener med. Blätter*, 7 janv.) — PANZER. Hémorragie mortelle par l'oreille, ulcération de la carotide, carie tuberculeuse. (*Soc. imp. méd. de Vienne*, 26 fév.) — LUC. Le cholestéatome de l'oreille. (*Méd. mod.*, 24 fév.) — PELLIZZI. Origine de l'othématome des aliénés. (*Riv. di patol. nervosa*, II, p. 125.) — OLIVER. Double hématome de l'oreille. (*Brit. med. j.*, 9 janv.) — FIKEIS. Extirpation de polypes tympaniques. (*Mon. f. Ohr.*, fév.) — SZENES. Exostoses multiples de l'oreille. (*Pester med. chir. Presse*, 10 janv., p. 48.) — SANDFORD. Epithélioma du pavillon, ablation, récidive. (*Brit. lar. Assoc.*, 29 janv.) — COMPAIRED. Guérison sans récidive d'épithélioma du pavillon par l'amputation et le traitement consécutif au chlorate de potasse. (*Arch. latinos de rinol.*, fév.)

Oreillons. — MARCUSE. Epidémie d'oreillons. (*Deut. med. Woch.*, 7 janv.) — BENHAM. Oreillons avec symptômes cérébraux et température élevée. (*Lancet*, 30 janv.) — MINOR. Complications auriculaires dans les oreillons, 8 cas. (*N.-York med. j.*, 27 mars.)

Orthopédie. — KANN. Les travaux récents sur la thérapeutique orthopédique. (*Deut. med. Woch.*, 1er avril.) — SHAFFER. Etat actuel et avenir de la chirurgie orthopédique. (*N.-York med. j.*, 12 déc.) — KIRMISSON. Compte rendu du service chirurgical et orthopédique des Enfants-Assistés. (*Rev. d'orthop.*, janv.)

Os. — SABATIER. Morphologie du sternum et des clavicules. (*Acad. des sc.*, 12 avril.) — FÉRÉ. Les proportions relatives des os du bras chez les hémiplégiques infantiles et les dégénérés. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — BETTI. Apophyse anormale au Ve deltoïdien de l'humérus. (*Boll. Accad. med. Genova*, XI, 2.) — LANE. Modification du squelette par la compression. (*Edinb. med. j.*, mars.) — THOMPSON. Régénération de l'os par le périoste. (*Medicine*, mars.) — BRISTOW. Absence congénitale des deux rotules. (*Med. News.*, 2 janv.) — Mc KENZIE. Absence congénitale des os longs. (*N.-York med. j.*, 20 fév.) — ROGER et JOSUÉ. Des modifications de la moelle osseuse produites par le staphylocoque et ses toxines. (*Soc. anat. Paris*, 19 fév., et *Presse méd.*, 13 mars.) — JACOBY. De la périostite albumineuse. (*Thèse de Bonn.*) — NICOLICH. Ostéite à forme névralgique. (*Riv. veneta sc. med.*, 31 janv.) — PITTS et SHATTOCK. Ostéite plastique non calcifiante. (*London path. Soc.*, 19 janv.) — JAMIESON. Deux cas d'ostéite déformante. (*Austral. med. gaz.*, 20 janv.) — L. LÉVI. Des lésions de la moelle épinière dans l'ostéite déformante de Paget. (*Soc. de biol.*, 13 mars.) — HARRIS. Un cas d'ostéoarthropathie dans la phtisie. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — TILEKY. Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. (*Wien. klin. Woch.*, 11 fév.) — EDGAR. Ostéo-arthropathie pulmonaire hypertrophique. (*Glasgow med. j.*, fév.) — WALTERS. De l'ostéoarthropathie. (*St-Thomas's hosp. Rep.*, XXIV, p. 1.) — WALTERS. Ostéoarthropathie hypertrophique pneumique. (*Ibid.*, p. 105.) — GRIFFITHS. Ostéopsathyrose idiopathique (fragilité des os) dans l'enfance et l'adolescence. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — GRIFFITHS. Variétés d'ankylose osseuse sur les différentes parties du squelette. (*J. of path. and bact.*, III, p. 303.) — MUEHLENS. De l'ostéomyélite, traitement. (*Thèse de Bonn.*) — ANGUÉ. Du panaris ostéomyélitique. (*Thèse de Lyon.*) — RUDOVICI. De la carie sèche. (*Thèse de Paris.*) — STURM-LOEHR. De la spondylite tuberculeuse, son traitement. (*Thèse de Halle.*) — BARTH. De la vitalité des fragments osseux réimplantés. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV,

Digitized by Google

p. 471.) — Ollier. De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os. (*Rev. de chir.*, avril.) — Samfirescu et Solomovici. Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibio-tarsienne. (*Ibid.*, fév.) — Schulten. Méthode d'opération plastique pour les cavités osseuses à l'humérus et au fémur. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 328.) — Cryer. La fraise chirurgicale, son emploi dans la chirurgie des os. (*Med. News*, 30 janv.) — Sorrentino. Considérations sur 37 cas de suture osseuse. (*Riforma med.*, 5 janv.) — Dubos. Des tumeurs primitives multiples des os. (*Thèse de Paris.*) — Schoenwerth. Des tumeurs du sternum. (*Thèse de Munich.*) — Lejars. Ostéome volumineux du ligament rotulien. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 126.) — Ouvry. Tumeur ostéo-cartilagineuse de la région antéro-externe du genou s'enfonçant derrière le tendon rotulien. (*Rev. d'orthop.*, janv.) — Levassort. Tumeur osseuse prise pour un ostéosarcome du péroné. (*J. de méd. Paris*, 28 fév.) — Butlin. Trois cas de sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. (*Practitioner*, janv.) — Dartigues. Très volumineux ostéosarcome du fémur, désarticulation de la hanche, guérison. (*Soc. anat. Paris*, 12 mars.) — Keim et Dartigues. Sarcomatose des fémurs, fracture symétrique spontanée. (*Ibid.*, 22 janv.) — Hoffmann. L'acide lactique contenu dans les urines des ostéomalaciques. (*Cent. f. inn. Med.*, 10 avril.)

Ovaire. — Lapointe. Salpingo-ovarite bilatérale. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Schaeffer. Prurit, vaginisme, ovarie unilatérale et hyperemesis gravidarum chez la même malade. (*Cent. f. Gyn.*, 27 mars.) — Heyse. Anatomie pathologique de l'ovaire ostéomalacique. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 321, et *Thèse de Halle.*) — Pichevin. Extirpation des ovaro-salpingites par la voie vaginale. (*La Semaine gyn.*, 13 avril.) — Biermer. Deux cas de hernie de l'ovaire. (*Cent. f. Gyn.*, 6 mars.) — Seymour. Hernie d'un ovaire sarcomateux. (*Med. News*, 20 fév.) — Stinson. Ablation d'un abcès tubo-ovarien gauche et d'un kyste ovarien droit par énucléation sans ligatures, ni pinces. (*Med. Record*, 13 fév.) — Moser. Liquide ovarique. (*N.-York med. j.*, 20 fév.) — Cripps. Kystes de l'ovaire communiquant avec le rectum. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Gage. Rupture d'un kyste ovarien ; intervention, guérison. (*Boston med. Journ.*, 21 janv.) — Ferrand. Kyste para-ovarien à adhérences multiples en partie inclus dans le ligament large, en partie rétro-péritonéal, ablation. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, VI, p. 73.) — Dayot. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (*Ibid.*, p. 79.) — Boursier. Sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 7 fév.) — Solé. Kyste gélatineux de l'ovaire, rupture spontanée dans la cavité péritonéale, laparotomie, guérison. (*Presse méd. belge*, 11 avril.) — Villar. Kyste de l'ovaire à liquide noir chez une jeune fille de 15 ans. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.) — Merttens. Etude des kystes dermoïdes de l'ovaire, remarques sur la présence des dents. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 287.) — Masson. De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Thèse de Lyon.*) — Johnson. Torsion du pédicule de kyste ovarique chez une enfant de 5 ans, ovariotomie. (*London clin. Soc.*, 9 avril.) — Kisseloff. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (*Thèse de Paris.*) — Mouthon. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. (*Ibid.*) — Meriwether. Volumineux adénome kystique de l'ovaire. (*Americ. j. of Obst.*, janv.) — Riddell. Tumeur de l'ovaire arrêtant le travail, extirpation, accouchement. (*Scottish med. j.*, fév.) — Riehm. Un cas de fibro-sarcome de l'ovaire. (*Thèse de Tubingen.*) — Guffroy. Endothéliome de l'ovaire. (*Thèse de Fribourg en B.*) — Zeiss. Deux cas de présence simultanée de cancer utérin et de tumeur ovarique. (*Cent.*

Digitized by Google

f. Gyn., 27 fév.) — LACHMANN. Les ovariotomies à la clinique de Greifswald de 1890 à 1897. (*Thèse de Greifswald.*) — POZZI. De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. (*Rev. de gyn.*, janv.) — KRATZENSTEIN. Les résultats de l'ovariotomie dans les tumeurs malignes de l'ovaire, 100 cas. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 61.) — MURET. Double ovariotomie chez une femme de 50 ans pour cancers des ovaires ayant les dimensions d'une tête de fœtus à terme, avec résection de l'appendice vermiforme contenant des coprolithes ; cure radicale d'une inguinocèle et résection du sac d'une hernie ombilicale. Guérison. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 582.) — SCHAUTA. L'ovariotomie vaginale. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — CONDAMIN. De l'ovariotomie vaginale. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — STEINTHAL. De l'ovariotomie par le vagin. (*Cent. f. Gyn.*, 13 fév.)

P

Palais. — GRINER. Un cas de perforation acquise du pilier antérieur. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — NEWCOMB. Perforation des piliers. (*N.-York med. j.*, 24 fév.) — LAW. Fissure palatine avec hypertrophie des cornets inférieurs et adénoïdes. (*London lar. Soc.*, 10 fév.) — LE DENTU. Staphylorraphie et uranoplastie. (*Gaz. des hôp.*, 25 mars.) — SÜSSMUTH. De l'uranoplastie. (*Thèse de Greifswald.*) — BENNETT. Tumeur de la luette, enfant de 6 ans. (*London lar. Soc.*, 10 fév.) — Lennox BROWNE. 3 cas de fibrome du palais traités par l'électrolyse. (*Brit. lar. Ass.*, 29 janv.) — LIARAS. Epithélioma de la luette et du voile du palais. (*J. méd. Bordeaux*, 3 janv.)

Paludisme. — ROSS. Conditions nécessaires à la transformation des croissants de la malaria. (*Brit. med. j.*, 30 janv.) — STERNBERG. Le parasite de la malaria et autres protozoaires pathogènes. (*Amer. med. Bull.*, 10 avril.) — MOSER. Les parasites flagellés de la malaria et la contractilité amiboïde des corpuscules rouges du sang. (*Med. Record*, 20 fév.) — WOLDERT. Diagnostic différentiel des diverses formes de fièvres malariennes par l'examen du sang. (*Med. News*, 13 fév.) — DELKEYSER. Diagnostic de la fièvre intermittente. (*J. méd. Bruxelles*, 18 mars.) — OSLER. Diagnostic de la fièvre paludique. (*Med. News*, 6 mars.) — WOODSON. La fièvre intermittente au Texas. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 mars.) — MOSCATO. L'infection palustre chronique. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 mars.) — BRAULT. Sur 2 cas de sclérose polyviscérale avec ascite énorme chez des cachectiques palustres traités par la laparotomie. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — LE BIHAN. Cardiectasie dans les accès de paludisme. (*Thèse de Lyon.*) — REMLINGER. Les déterminations du paludisme sur le système nerveux. (*Gaz. des hôp.*, 6 mars.) — MARION. De la paralysie vésicale dans le paludisme aigu. (*Thèse de Paris.*) — BACCELLI. Hémoglobinurie par malaria. (*Gaz. d. Osped.*, 14 fév.) — NAAMÉ. Sur l'administration du fer en injections hypodermiques dans la cachexie paludéenne. (*Rev. de méd.*, mars.) — KOHOS. Injections d'eau salée dans le tissu cellulaire contre la fièvre et la cachexie palustres. (*Méd. orientale*, avril.) — PLICQUE. Complications et traitement du paludisme chronique. (*Presse méd.*, 21 avril.)

Digitized by Google

Pancréas. — Hammar. De la duplicité des conduits du pancréas. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 247.) — Parry, Dunn et Pitt. Pancréatite aiguë hémorragique, nécrose graisseuse du mésentère, laparotomie, mort. (*Lancet*, 2 janv.) — Hovenden. Pancréatite aiguë. (*Ibid.*, 9 janv.) — Horrocks. Kyste du pancréas avec glycosurie et calculs biliaires. (*Ibid.*, 23 janv.) — Bas. Des kystes volumineux du pancréas. (*Thèse de Lyon.*) — Heinricius. Des kystes et pseudo-kystes du pancréas et leur traitement. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 389.) — Maxson. Diagnostic du cancer du pancréas. (*N.-York med. j.*, 16 janv.)

Pansement. — Schaeffer. Stérilisation du catgut. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 178.) — Jacobi. Etude expérimentale de la stérilisation du catgut. (*Thèse de Gottingue.*) — Barthe et Saulard. Sur la stérilisation des objets de pansement à l'hôpital de Bordeaux. (*Bull. Soc. pharm. Bordeaux*, janv.) — Miller. Les pansements secs. (*Practitioner*, janv.) — Majewski. Traitement des plaies. (*Cent. f. Chir.*, 10 avril.) — Budinger. Traitement aseptique et antiseptique des plaies. (*Cent. f. ges. Therapie*, janv.) — Le Moniet. Traitement des plaies contuses. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, VI, p. 12.) — Weir. Extraction des ligatures et sutures avec des fils de catgut ou de soie retenus trop longtemps. (*Med. News*, 3 avril.) — Fleury. Nouvelle suture dite suture « en lacet de corset ». (*Thèse de Lyon.*) — Reichel. Du traitement post-opératoire. (*Wiesbade.*) — G. Mueller. Valeur de l'acide citrique dans le traitement des plaies. (*Ther. Mon.*, avril.) — Cory. L'usage de la formaline dans les plaies infectées. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — Fallas. L'acétanilide en pansement. (*Med. News*, 6 fév.) — Gruenfeld. Du xéroforme, son emploi en chirurgie. (*Wiener med. Blätt.*, 7 janv.) — Gruenfeld. Du pansement au xéroforme. (*Ibid.*, 18 mars.) — Sherwell. Le pansement par le charbon de bois en chirurgie militaire. (*Med. Record*, 30 janv.) — David. De la gaze iodoformée. (*J. de pharm.*, 1er fév.) — Schacherl. Essai de la gaze iodoformée. (*Apothet. Zeit.*, XII, p. 95.) — Ferrichs. Etude comparée des procédés proposés pour doser l'iodoforme dans la gaze iodoformée. (*Ibid.*, p. 668, 1896.) — Mc Sean. Les effets toxiques des pansements iodoformés. (*Amer. gyn. j.*, mars.) — Laroulandie. De l'airol comme succédané de l'iodoforme. (*Thèse de Paris.*) — Sprengel. Iodoforme-calomel dans le traitement des plaies cavitaires. (*Cent. f. Chir.*, 6 fév.) — Klimowsky. Toxicité des pansements au strontium. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Allan. Quelques usages chirurgicaux de l'acide picrique. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — Leven. L'asepsie des bougies et des sondes. (*Deut. med. Woch.*, 4 mars.)

Paralysie. — Potain. De la paralysie radiale. (*L'Abeille méd.*, 30 janv.) — Fieux. De la pathogénie des paralysies brachiales chez le nouveau-né, paralysies obstétricales. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Guillemot. Une endémie de paralysies radiculaires obstétricales. (*Ibid.* janv.) — Martin et Halipré. Paralysie obstétricale. (*Normandie méd.*, 15 mars.) — Ketch. Traitement orthopédique de la paralysie spasmodique chez l'enfant. (*N.-York Acad. of med.*, 19 fév.) — Wood. Paralysie de la 6e paire suivie de diplégie, guérison. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — Pugliese. Participation du facial supérieur à l'hémiplégie. (*Accad. med. fis. fiorentina*, 14 janv.) — Widal et Marinesco. Paralysie bulbaire asthénique descendante. (*Presse méd.*, 14 avril.) — Carrière et Hervé. Paralysie spasmodique du membre inférieur gauche avec paralysie flasque du membre supérieur droit. (*J. méd. Bordeaux*, 14 fév.) — Rissom. De la paralysie de Erb. (*Thèse de Berlin.*) — Hoche. Pathologie des paralysies bulbaires spinales spasmodiques atrophiques. (*Neurol. Cent.*, 6.) — Di Luzenberger. De la para-

Digitized by Google

lysie spasmodique spinale. (*Ann. di nevrologia*, XV, 11.) — Brower. 4 cas de diplégie chez une famille de 5 personnes. (*Medicine*, janv.) — Van Gehuchten. L'exagération des réflexes et la contracture chez le spasmodique et l'hémiplégique. (*J. de neurol.*, 20 fév.) — Steven. Hémiplégie suite d'entérite, folie. (*Glasgow med. j.*, mars.) — Erben. Sur le traitement des hémiplégiques. (*Neurol. Cent.*, 3, p. 98.) — Gernsheim. Paralysie traumatique périphérique guérie par les courants galvaniques. (*Deut. med. Woch.*, 14 janv.) — Pasteur. Epidémie de paralysie infantile dans la même famille. (*London clin. Soc.*, 26 mars.) — Thérèse. Anatomie pathologique et pathogénie de la paralysie infantile. (*Gaz. des hôp.*, 23 janv.) — Karl Walz. La paralysie agitante traumatique. (*Viertelj. f. gerichtl Med.*, 3e série, XII, 322.)

Paralysie générale. — Régis. Neurasthénie et paralysie générale. (*Presse méd.*, 7 avril.) — Keene. La paralysie générale. (*Boston med. Journ.*, 11 mars.) — Ilberg. De la démence paralytique. (*Samml. klin. Vortraege.* n° 168.) — Thiele. De la paralysie générale, suite de blessures de tête. (*Thèse de Berlin.*) — Levtchatkow. Etude graphique du pouls, de la respiration et de la température dans la paralysie générale. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Muratow. Des crampes dans la paralysie générale des aliénés. (*Neurol. Cent.*, 5.) — Hoch. Paralysie générale chez deux sœurs, début à 10 et 15 ans, autopsie d'un cas. (*J. of nerv. dis.*, fév.) — Arnaud. Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux. (*Ann. méd. psych.*, janv.)

Parole. — Lloyd. Genèse des voyelles. Interprétation des phonogrammes de voyelles. (*J. of anat.*, janv.) — Marage. Photographie des flammes de Kœnig. (*Acad. des sc.*, 12 avril.) — Saenger. Développement du nasonnement. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 467.) — Bastian. De l'aphasie et de quelques troubles de la parole. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — Smith. Aphasie auditrice avec anurie. (*Ibid.*)

Parotide. — Annequin. Tumeur veineuse de la glande parotidienne droite. (*Dauphiné méd.*, fév.) — Du Castel. Cylindrome de la région parotidienne. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 187.) — Cerné. Lymphosarcome de la loge parotidienne. (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Pathologie. — Lister. La valeur de l'expérimentation en pathologie. (*Rev. scientif.*, 13 fév.)

Paupière. — Baudry. De l'exploration des paupières et des parties antéro-externes de l'œil. (*Nord méd.*, 15 mars.) — Bach. L'influence des pansements antiseptiques sur la richesse bactérienne du bord des paupières. (*Arch. f. Augenh.*, fév.) — Mermet. L'érysipèle palpébral. (*Gaz. des hôp.*, 27 fév.) — Ménacherm. Traitement du trichiasis. (*Thèse de Paris.*) — May. Le traitement de la contusion des paupières. (*Med. Record*, 10 avril.) — De Bourgon. Deux cas de blépharospasme tonique bilatéral douloureux d'origine hystérique, guéris par la suggestion hypnotique. (*France méd.*, 5 mars.) — Gomez. Epicanthus unioculaire. (*N. York med. j.*, 17 avril.) — Rumschewitsch. Pathologie de l'ectropion sarcomateux. (*Klin. Mon. f. Aug.*, janv.) — Kempner, L'opération du ptosis. (*Ibid.*) — Kempner. Ptosis traumatique double. (*Ibid.*) — Wilson. Emploi de lambeaux cicatriciels pour l'ectropion. (*Arch. f. Opht.*, XXVI, p. 28.) — Haynes. Ptosis récidivant, avec anesthésie de la branche sus-orbitaire du trijumeau. (*N. York med. j.*, 13 fév.) — Ulry et Cabannès. Epithélioma de la paupière supérieure. Blépharoplastie. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.)

Digitized by Google

Peau. — Beck. Des fibres élastiques et de leurs rapports avec les vaisseaux lymphatiques. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 401.) — Manasseïn. De la perméabilité de la peau normale. (*Ibid.*, XXXVIII, p. 323.) — Barratt. L'élimination normale et pathologique de l'eau et de CO^2 par la peau. (*J. of phys.*, XXI, p. 192.) — Motchoutkowsi. Sur la sensibilité douloureuse de la peau. (*Vratch*, 27 fév.) — Meissner. De la cataphorèse de la peau. (*Soc. dermat. Berlin*, 2 fév.) — Kiesow. Sur l'excitation du sens de pression produite par des déformations constantes de la peau. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 417.) — Laulanié. Des troubles digestifs produits par le vernissage de la peau et de l'inanition mortelle qui en est la conséquence. (*Soc. de biol.*, 27 fév. et *Arch. de phys.*, IX, p. 302.) — Jacquet. Sur le mécanisme de l'hyperémie cutanée, pseudo-érysipèle vaso-moteur. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Dubreuilh et Beille. Les parasites animaux de la peau humaine. (In-8°, *Paris.*) — Dietz. Diagnostic des dermatoses papuleuses basé sur l'aspect de la lésion primitive. (*Gaz. méd. Liège*, 18 fév.) — White. Notes sur les dermatites artificielles. (*Boston med. Journ.*, 28 janv.) — Danlos. Maladie de Duhring et éosinophilie. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 288.) — Duhring. Rapports de la dermatite herpétiforme avec l'érythème multiforme et le pemphigus. (*Amer. j. of med. sc.*, fév.) — Niepel. De la dermatite exfoliatrice. (*Thèse de Greifswald.*) — Carrier. Dermatite herpétiforme. (*Med. Record*, 2 janv.) — Neumann. Atrophie diffuse progressive de la peau. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 13 avril.) — Audry. Sur une phlycténose récidivante de la face antéro-externe du pouce. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 303.) — Mibelli. Etiologie et variétés des kératoses. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 345.) — Neumann. Du dermatomyome multiple. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 3.) — Cutler. Le traitement symptomatique des maladies de la peau. (*N. York med. j.*, 13 mars.) — Purdon. Les onctions d'huile dans la pratique dermatologique. (*Dublin Journ.*, janv.) — Ramond. De l'emploi d'un collodion à l'huile de cade dans les affections de la peau. (*Thèse de Paris.*) — De Molènes. L'action thérapeutique de l'europhène dans les maladies de la peau. (*Soc. de thérap.*, 7 avril.) — Kellog. La résorcine en dermothérapie. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 233.) — Abrahams. Le nitrate d'argent dans les affections cutanées. (*J. Americ. med. Ass.*, 30 janv.) — Kuhn. De l'association de l'acide arsénieux dans le traitement des cancroïdes de la peau. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 janv.) — Unna. Paraplastes. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 341.)

Pemphigus. — Richardière. Sur 2 cas de pemphigus aigu. (*Bull. méd.*, 28 fév.) — Paul. Pemphigus aigu. (*Lancet*, 13 fév.) — Rivet. Du pemphigus foliacé. (*Thèse de Paris.*) — Ludwig. Pemphigus vegetans. (*Deut. med. Woch.*, 22 avril.)

Périnée. — Stevens. Déchirures du périnée, variétés, causes, traitement. (*Guy's hosp. Rep.*, LII, p. 93.) — Pichevin. Technique de la colpo-périnéorraphie de Hegar. (*Semaine gyn.*, 13 avril.)

Péritoine. — Robinson. Absorption des liquides par le péritoine. (*Annals of surg.*, mars.) — Muscatello. Sur les conditions nécessaires à la production d'adhérences péritonéales. (*Arch. per sc. med.*, XX, 4.) — Durham. De l'infection péritonéale. (*Royal med. Soc.*, 9 mars.) — Durham. Mécanisme de la réaction dans l'infection péritonéale. (*J. of path. and bact.*, III, p. 338.) — Battle. Symptôme non décrit dans la péritonite. (*Lancet*, 27 mars.) — Hagelstam. De la péritonite séreuse subaiguë et chronique. (*Finska läkar. handl.*, XXXVIII, p. 413.) — Barbacci. Des altérations histologiques de quelques viscères abdominaux dans la péritonite par perforation. (*Lo Speri-*

Digitized by Google

mentale, LI, p. 5.) — GRANDIN. Remarques sur la péritonite septique et sur l'usage du sérum antistreptococcique. (*Med. Record*, 3 avril.) — LAW. Péritonite aiguë et septique généralisée avec métrite septique traitée par le sérum antistreptococcique, guérison. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — SCHULZ. Traitement des péritonites suppurées diffuses. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 443.) — BROESE. Extirpation vaginale de l'utérus et des annexes dans la péritonite chronique. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 180.) — PETERSON. Tuberculose des ganglions lymphatiques du mésentère. (*Amer. gyn. j.*, mars.) — HUGUENIN. Tuberculose péritonéale et mésentérique. (*Concours méd.*, 3 avril.) — INGRIA. Tuberculose des ganglions mésentériques avec péritonite purulente guérie spontanément. (*Morgagni*, fév.) — DR QUERVAIN. De la tuberculose péritonéale, suite d'échinocoque uniloculaire. (*Cent. f. Chir.*, 9 janv.) — WARNEK. Sur les résultats de la laparotomie pour péritonite tuberculeuse. (*La Chirurgie russe*, janv.) — DACLIN. De la laparotomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne. (*Thèse de Lyon.*) — VALENTA. 19 cas de péritonite tuberculeuse traités par laparotomie. (*Wiener klin. Woch.*, 4 mars) — BERGMANN. Kyste multiloculaire de l'épiploon. (*St-Petersb. med. Woch.*, 30 janv.) — MONNIER. Sarcome rétro-péritonéal inopérable du mésocôlon simulant une tumeur du foie. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.)

Peste. — CANTLIE. La diffusion de la peste. (*Lancet*, 2 janv. et *Brit. med. j.*, 9 janv.) — PETRI. La question de la peste. (*Deut. med. Woch.*, 4 fév.) — ZDEKAUER. De la peste bubonique à Bombay et de quelques mesures sanitaires dans l'Inde anglaise. (*Prager med. Woch.*, 28 janv.) — HÉRICOURT. La peste. (*Rev. scientif.*, 30 janv.) — LOWSON. Notes sur la peste. (*Lancet*, 13 fév.) — WILLOUGHBY. La peste, son développement dans les Indes; DOTY. Ses germes, transmission; WYMAN. Traitement, prophylaxie (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — SURMONT. La peste bubonique. (*Éch. méd. Nord*, 21 fév.) — Van ERMENGEN. La peste. (*Belgique méd.*, 18 fév.) — LUCATELLO. La peste bubonique. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — MANSON. Récentes recherches sur la peste. (*Practitioner*, janv.) — LANDOUZY. Traitement de la peste. (*Presse méd.*, 10 fév.) — LANGLOIS. La défense contre la peste. (*Ibid.*, 20 fév.) — FONTOYNONT. La lutte actuelle contre la peste. (*Rev. gén. des sc.*, 15 fév.) — CANTLIE. Traitement de la peste. (*Brit. med. j.*, 30 janv.) — ROUX. La peste et sa sérothérapie. (*Therap. Woch.*, 30 janv.) — WLADIMIROW. La technique de la préparation du sérum antipesteux. (*Vratch*, 17 avril.) — FITZPATRICK. Préparation de l'antitoxine de la peste au laboratoire de New-York. (*N.-York med. j.*, 10 avril.) — LUSTIG et GALEOTTI. Vaccinations des animaux contre la peste, sérums qu'on obtient. (*Brit. med. j.*, 24 avril.)

Pharmacologie. — FERÉ. L'individualité biologique et la tolérance des médicaments. (*J. des connaiss. méd.*, 4 mars.) — MARSHALL. Le principe actif du chanvre indien. (*Lancet*, 23 janv.) — PFAFF. Des principes actifs du rhus toxicodendron et du rhus venenata. (*J. of exper. Med.*, II, p. 181.) — PERGIEIEW. Sur les rapports entre la codéine et la morphine avec l'acide sulfurique pur. (*Vratch*, 2 janv.) — GRANDVAL et LAJOUX. Dosage de la morphine dans l'opium et dans les principales préparations opiacées. (*J. de pharm.*, 15 fév.) — FOUQUET. Sur un dissolvant qui permet de séparer la codéine de la morphine. (*Ibid.*, 15 janv.) — PHILLIPS et PEMBREY. Action physiologique du chlorhydrate d'hydrastine. (*Physiol. Soc.; J. of phys.*, XXI.) — SCHWEGMANN. Action de la cocaïne sur la température. (*Thèse de Halle.*) — TREUPEL. Courte remarque sur le travail « de la dulcine ». (*Münch. med. Woch.*, 1, p. 12, 5 janv.) — Mlle CHAULIAGUET. Recherches

Digitized by Google

médicales sur les genres actœa et arum. (*Thèse de Paris.*) — Jorns. De l'action du colchique. (*Thèse de Greifswald.*) — Petit et Polonowski. Sur deux nouveaux alcaloïdes isolés d'une espèce de jaborandi. (*J. de pharm.*, 15 avril.) — Petit et Polonowski. De la pilocarpine et de la pilocarpidine. (*Ibid.*) — Deléarde. Sur le pouvoir antitoxique de l'antipyrine. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Mlle Joteyko. Action toxique curarisante de la neurine. (*Ibid.*, 3 avril.) — Mosso et Ottolenghi. Action toxique de l'acétylène. (*Arch. ital. de biol.*, XXVI, p. 325.) — Cornet. Deux nouveaux astringents : tannigène et tannalbine. (*Progrès méd.*, 23 janv.) — Adrian. Gaïacol et créosotes. Méthode rapide et facile d'analyse. (*Bull. gén. de thérap.*, 8 janv.) — Gilbert. Du phosphate de gaïacol. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Maurel. Sur l'action du NaCl. (*Ibid.*) — Classen. Etude de l'amyloforme et du glutol. (*Ther. Mon.*, janv.) — Longard. La question de l'amyloforme. (*Ibid.*) — De Tollemaere. Action du lycétol. (*Belgique méd.*, 28 janv.) — Perlmutter. Du dermatol et de son emploi. (*Thèse de Munich.*) — Schattenmann. Du traumatol. (*Ther. Mon.*, fév.) — Gottstein. Une réaction du glutol. (*Ibid.*, fév.) — Schleich. La question du glutol. (*Ibid.*) — Benecke. Du chinosol. (*Cent. f. Batk.*, 2 *Abth.*, III, p. 114.) — Maurel. Action du NaCl sur l'organisme du lapin. (*Soc. de biol.*, 23 janv.) — Gay. Le groupe pharmaceutique du bismuth. Revue de quelques travaux récents et des acquisitions nouvelles. (*N. Montpellier méd.*, 6 fév.) — Mansier. Sur l'acide phénique liquide. (*Centre méd.*, 1er fév.)

Pharynx. — Cimmino. Statistique des malades traités à la clinique de Naples de 1893 à 1896. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XV, p. 9.) — De Santi. Diverticulum du pharynx. (*London. lar. Soc.*, 13 janv.) — Polyak. Du diverticule de Pertik du naso-pharynx. (*Pester med. Presse*, 31 janv.) — Delamare et Descazals. Les diverticules de l'œsophage et du pharynx. (*Gaz. des hôp.*, 13 fév.) — Coen. De l'influence des affections chroniques de la gorge sur certains troubles de la parole, en particulier le bégaiement. (*Rev. intern. de rhinol.*, fév.) — Pague. Pharyngite catarrhale chronique hypertrophique. (*Thèse de Toulouse.*) — Comby. Le catarrhe naso-pharyngien chez les enfants. (*Méd. mod.*, 3 fév.) — Neznamoff. Sur les indications du traitement des granulations par l'iode. (*Vratch*, 27 avril.) — Elvy. Traitement du catarrhe naso-pharyngien aigu. (*Rev. int. de rhinol.*, VII, p. 7.) — Mc Bride et Turner. Végétations adénoïdes. (*Edinb. med. j.*, avril.) — Milford. L'origine diathésique des végétations adénoïdes. (*Méd. Record*, 23 janv.) — Deglaire. Des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, chez l'enfant en particulier. (*Thèse de Paris.*) — Schmiegelow. Hémorragie primitive mortelle, suite d'ablation de tumeurs adénoïdes. (*Mon. f. Ohr.*, mars.) — Willemin. Du traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, accidents consécutifs. (*Thèse de Paris.*) — Augier. Abcès rétro-pharyngien. (*J. sc. méd. Lille*, 20 mars.) — Druon. Tuberculose aiguë du pharynx. (*Nord méd.*, p. 35, 1er fév.) — Cheval. Traitement de la tuberculose du larynx et du pharynx. (*J. méd. Bruxelles*, 18 fév.) — Hajek. Opérations pour les adhérences du voile et du pharynx, procédé pour maintenir l'ouverture. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 2.) — Hajek. Soudure du voile palatin à la partie postérieure du pharynx, opération. (*Ibid.*, 12 janv.) — Marsh. Kyste du pharynx avec bronchocèle kystique, d'origine thyroïdienne. (*Brit. lar. Ass.*, 29 janv.) — Rasumowsky. Opération des polypes naso-pharyngiens avec trachéotomie préalable. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 364.) — Boehneke. Electrolyse et fibrome juvénile du pharynx. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Gaudier. Ablation par morcellement d'un polype naso-pharyngien, enfant de 11 ans. (*Soc. méd. Lille*, 12 fév.) — De Roaldès. Cas de fibro-chondrome d'ori-

Digitized by Google

gine branchiale, tératome pharyngien, chez un enfant de 6 semaines. (*N. York med. j.*, 6 fév.) — LICHTWITZ. Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 25.) — WEILL. Lymphangiome caverneux de la paroi pharyngée chez une enfant de 12 ans. (*Soc. vienn. de lar.*, 3 déc. 1896.) — FONTOYNONT. Cancers pharyngo-laryngé et stomacal concomitants. (*Soc. anat. Paris*, 30 janv.) — WYETH. L'ablation de gros néoplasmes du naso-pharynx et de l'antre d'Higmore, nouvelle méthode. (*N. York med. j.*, 3 avril.) — MORTON. Ablation de l'amygdale, du plancher de la bouche, de la moitié de la langue par pharyngotomie externe pour épithélioma. (*Brit. med. j.*, 27 mars.)

Pied. — RIEDINGER. Mécanisme de la voûte du pied au point de vue des difformités. (*Cent. f. Chir.*, 17 avril.) — ELLIS. Quelques points de la physiologie chirurgicale du pied. (*Royal med. and chir. Soc.*, 23 fév.) — LASSERRE. Un cas de maladie de Morton. (*Gaz. des hôp.*, 2 janv.) — KIRSCH. Orteil en marteau. (*Cent. f. Chir.*, 3 avril.) — ANDREWS. Le traitement de l'ongle incarné. (*N. York mod. j.*, 20 mars.) — BLOOM. Ostéosarcome du gros orteil. (*Medicine*, janv.) — HEIDENHAIN. Du pied plat, son traitement. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 472.) — JEANNE. De la voûte plantaire et du pied valgus congénital par malformations osseuses. (*Thèse de Paris.*) — L. COURTILLIER et G. DURANTE. Contribution à la pathogénie du pied bot congénital. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 mars.) — NICHOLS. Anatomie du varus équin congénital. (*Boston med. Journ.*, 18 fév.) — ARDOUIN. Double pied bot congénital chez un fœtus à terme. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — LABBÉ et ARDOUIN. Pied bot acquis myopathique. (*Ibid.*) — JOACHIMSTHAL. Raisons de l'atrophie du mollet consécutive au redressement du pied bot. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 946, 19 oct. 1896.) — VULPIUS. Le redressement modeleur du pied bot congénital. (*Ibid.*, p. 946, 19 oct. 1896.) — BŒCKEL. Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er janv.) — LOVETT. La prophylaxie du pied bot et des affections similaires. (*Boston med. Journ.*, 4 mars.) — Mme PHILIPPOF. De la valeur des transplantations musculo-tendineuses dans le traitement du pied bot paralytique. (*Thèse de Paris.*) — LEGRAIN. Note sur un nouveau cas de pied de Madura observé en Algérie. (*Bull. Acad. de méd.*, 1er déc. 1896.)

Placenta. — EDEN. Structure du placenta et modifications du placenta retenu dans l'utérus après la mort du fœtus. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVIII, p. 360.) — TRIDONDANI. Le diagnostic du siège de l'insertion placentaire. (*Soc. med. chir. Pavia*, 29 janv.) — PORAK. Insertion vélamenteuse du placenta. (*Soc. obst. et gyn.*, 11 fév.) — MAYGRIER. Insertion du placenta sur une tumeur. (*Ibid.*, 4 janv.) — FIEUX. Placenta bilobaire. Hémorragie de la délivrance. (*J. méd. Bordeaux*, 21 fév.) — PUECH. Hémorragie du placenta prœvia ou hémorragie du placenta normalement inséré. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.) — ZEDLER. Du placenta prœvia. (*Thèse de Greifswald.*) — NOURY. Placenta prœvia central, hémorragies au cours du 7e mois, accouchement provoqué, mort par éclampsie. (*Année méd. Caen*, 15 mars.) — V. HERFF. Etudes sur le placenta; du placenta prœvia. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 199.) — BROWN. Symptômes et traitement du placenta adhérent. (*Ther. Mon.*, 15 fév.)

Plèvre. — VOÏNITCH-SIANOGENSKY. Quelques particularités de la position du médiastin antérieur chez les animaux. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, V, p. 46.) — SOULIÉ. Sur les variations physiologiques que subissent dans leur forme et leurs dimensions les cellules endothéliales de l'épicarde et

Digitized by Google

de la plèvre pulmonaire. (*Soc. de biol.*, 6 fév.) — Bianchi. Sur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural libre. (*France méd.*, 5 fév.) — Auché et Carrière. Etude histologique des épanchements hémorragiques de la plèvre. (*Rev. de méd.*, mars.) — Bard. Du refoulement du cœur à droite dans les épanchements pleuraux. (*Méd. mod.*, 24 mars.) — Potain. Sur un cas de pleurésie interlobaire. (*Tribune méd.*, 24 mars.) — Page. Pleurésie, diagnostic et traitement. (*Med. News*, 13 fév.) — Le Bœuf. Le salicylate de soude dans le traitement de la pleurésie. (*J. méd. Bruxelles*, 7 janv.) — Neumann. Traitement de la pleurésie exsudative. (*Deut. med. Woch.*, 28 janv.) — Herbert. Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes. (*Gaz. hebd. Paris*, 7 fév.) — Figueireedo. De l'hémothorax traumatique. (In-8°, *Paris.*) — Sturdza. De la pleurésie traumatique. (*Thèse de Paris.*) — Winkfield. Passage de l'estomac à travers le diaphragme dans la cavité pleurale, guérison. (*Lancet*, 23 janv.) — Boncour. Les pleurésies purulentes de l'enfance. (*Thèse de Paris*, 1896.) — West. Empyème pulsatile. (*Royal. med. and chir. Soc.*, 23 mars.) — Hutton. Traitement de l'empyème par le drainage valvulaire. (*Lancet*, 6 fév.) — Bernay. Pleurésie purulente, empyème par un procédé particulier. (*Lyon méd.*, 14 fév.) — Del Vecchio. Le traitement chirurgical de l'empyème et des fistules thoraciques. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 fév.) — Emmert. Traitement de l'hydrothorax et de l'empyème. (*Int. j. of surg.*, avril.)

Poil. — Schein. Causes du développement de la barbe. (*Pester med. Presse*, 3 janv.) — Sabouraud. Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 257.) — Jeanselme. Sur l'aplasie moniliforme des cheveux. (*Ibid.*, VIII, p. 213.) — Janowsky. Etude clinique sur l'alopécie. (*Wiener med. Woch.*, 3 avril.) — Markusfeld. Etiologie de la tricorrexis nodosa. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 230.)

Poumon. — Doyon. Sur l'innervation motrice et inhibitrice des muscles du poumon. (*Arch. de phys.*, IX, p. 412.) — Labour. Recherches expérimentales sur les poumons des lapins. (*Thèse de Paris.*) — Gilbert et Roger. Essai de stéthographie médicale. (*Rev. de méd.*, janv.) — Eyre et Washbourn. Formes résistantes du pneumocoque. ((*J. of path. and bact.*, III, p. 394.) — Dunin et Nowaczek. L'excrétion d'acide urique dans la pneumonie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 1.) — Osler. La physionomie dans le pronostic de la pneumonie. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — Smith. La nature essentielle de la pneumonie fibrineuse. (*Med. Record*, 2 janv.) — Rasamimanana. Un cas de pneumonie grippale envahissant successivement les trois lobes du poumon droit. Température à type inverse. (*N. Montpellier méd.*, 20 fév.) — Thiroloix. Pneumonie due au bacille de Friedlander. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Auld. Morphologie et produits chimiques du diplocoque de la pneumonie et résultats des vaccinations. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — Potain. Le délire dans la pneumonie. (*Tribune méd.*, 17 fév.) — Hamilton. Infarctus hémorragique du poumon. (*Scottish med. j.*, avril.) — Holst. De la pneumonie aiguë tuberculeuse (*Tidssk. f. Norsk. Lägefor.*, n° 21, 1896.) — Bize. Traitement de la pneumonie. (*Presse méd.*, 20 janv.) — — Affleck. Traitement de la pneumonie. (*Scottish med. j.*, avril.) — Baruch. Les soins à donner aux pneumoniques. (*Med. News*, 2 jav.) — Gingeot et Deguy. La digitale dans la pneumonie et la grippe. (*Rev. de méd.*, mars.) — Roubel. Sur le traitement de la pneumonie par les hautes doses de digitale. (*Vratch*, 13 mars.) — Amidon. Saignée dans la pneumonie. (*Med. News*, 6 mars.) — Green. Inhalations de formaline dans le catarrhe et les affections des voies respi-

Digitized by Google

ratoires. (*Brit. med. j.*, 23 janv.) — Casati. La créosote dans la pneumonie. (*Gaz. d. Osped.*, 11 avril.) — Spurrell. Pneumonie traitée par le sérum antipneumonique. (*Brit. med. j.*, 17 avril.) — Brunet. Le suc pulmonaire, effets physiologiques et thérapeutiques. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Claisse et Josué. Recherches expérimentales sur l'anthracose pulmonaire. (*Ibid.*, 23 janv.) — Langlois. Etude de 23 cas de gangrène pulmonaire, sa forme prolongée. (*Thèse de Lyon.*) — Dumas. Traitement des gangrènes broncho-pulmonaires par l'hyposulfite de soude. (*Thèse de Paris.*) — Thierry. Sur l'ouverture accidentelle de la cavité thoracique et la mise à nu du poumon. (*Soc. de biol.*, 9 janx.) — Augereau. Du pneumothorax latent. (*Thèse de Paris.*) — West. Le pronostic du pneumothorax. (*London clin. Soc.*, 11 janv.) — Langer. 2 cas de pyo-pneumothorax. (*Thèse de Munich.*) — Folly. De l'hémothorax traumatique. (*Thèse de Lyon.*) — Alessandro. Traitement mécanique du pneumothorax. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — Northrup et Mc Cosh. Abcès du poumon, opération, guérison. (*N. York med. j.*, 16 janv.) — Moir. Pneumotomie dans un cas de pneumonie avec gangrène et un cas d'abcès du foie et du poumon. (*Lancet*, 9 janv.) — Morillon. Pneumotomie dans les abcès aigu du poumon. (*Thèse de Paris.*) — Arnsperger. Des formations osseuses dans le poumon. (*Thèse de Heidelberg.*) — Ardouin. Sarcome secondaire du poumon. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Lagari. Diagnostic des tumeurs malignes primitives de la plèvre et du poumon. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Debienne. De la hernie du poumon. (*Thèse de Paris.*) — Brésard. Etude de chirurgie pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Quénu et Longuet. Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon. (*Bull. Soc. de chir.*, XXII, p. 787.) — Bayer. De la pneumopexie. (*Cent. f. Chir.*, 16 janv.)

Prostate. — Guépin. Les veines de la prostate. (*France méd.*, 15 janv.) — Guépin. Valeur diagnostique de la prostatomégalie. (*Tribune méd.*, 20 janv.) — Pasteau. 3 cas de prostatisme vésical. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Schulz. Traitement de la prostatite suppurée. (*Vratch*, 9 janv.) — Guépin. Formes curables de l'hypertrophie sénile de la prostate. (*Gaz. des hôp.*, 22 avril.) — De Rouville. Examen d'une prostate hypertrophiée 35 jours après la castration double. (*Soc. anat. Paris*, 7 janv.) — Herhold. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Deut. med. Woch.*, 14 janv.) — Colin. Sur l'emploi du nitrate d'argent et de la sonde à demeure chez les prostatiques. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Pasteau. Diminution de volume de la prostate par l'emploi de la sonde à demeure ou du cathétérisme régulier. (*Ibid.*) — Floersheim. Le traitement opératoire moderne de l'hypertrophie de la prostate. (*Arch. gén. de méd.*, janv. et *J. méd. Paris*, 21 fév.) — Petit. Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 janv.) — Allina. Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. (*Wiener med. Woch.*, 27 fév.) — Turazza. 3 cas de section des canaux déférents pour hypertrophie de la prostate. (*Gaz. d. Osped.*, 4 avril.) — Ricci. Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie prostatique. (*Ibid.*, 11 avril.) — White. Castration et résection des canaux dans l'hypertrophie de la prostate. (*Univ. med. Mag.*, avril.) — Hazarabidian. Etude comparative de la castration double et de la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Paris.*) — Bryson. Les effets de la castration pour hypertrophie de la prostate. (*J. of cutan. dis.*, mars.) — Chetwood. 2 cas d'hypertrophie de la prostate traités l'un par la section des canaux déférents, l'autre par la castration. (*Ibid.*) — Tillmann. Du traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration ou la résection des

Digitized by Google

canaux déférents. (*Thèse de Bonn.*) — CHAVANNAZ et MICHEL. Hypertrophie de la prostate. Résection des canaux déférents. Péritonite généralisée. Mort. (*J. méd. Bordeaux*, 14 mars.) — DE DRÉZIGUÉ. Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection des canaux déférents. (*Écho méd. Lyon*, 15 avril.) — HOTCHKISS. 2 cas heureux de prostatectomie. (*N. York med. j.*, 2 janv.) — ROBSON. Un cas de prostatectomie sus-pubienne. (*Brit. med. j.*, 20 fév.) — MARSH. Sarcome de la prostate. (*London clin. Soc.*, 9 avril.)

Psittacose. — MILLIENNE. Etude de la psittacose. (*Thèse de Paris.*) — BLANQUINQUE. Sur le diagnostic de psittacose. (*J. des Praticiens*, 13 fév.)

Psoriasis. — KUZNITZKY. Etiologie et pathogénie du psoriasis. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 405.) — PESCHEL. Psoriasis et rhumatisme articulaire. (*Thèse de Berlin.*) — LEREDDE. Etat du sang des psoriasiques au point de vue des éosinophiles. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 213.) — BULKLEY. La diététique dans le traitement du psoriasis. (*Med. Record*, 9 janv.) — DANLOS. Psoriasis traité par l'acide cacodylique. (*Ibid.*, VIII, p. 197.) — CHATZKY. Guérison du psoriasis vulgaire par l'électricité statique. (*Arch. d'élect. méd.*, fév.)

Psychologie. — LOMBROSO. Emile Zola d'après l'étude de Toulouse et les nouvelles théories sur le génie. (*Semaine méd.*, 6 janv.) — GUICCIARDI et FERRARI. Le calculateur mental Zaneboni. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 132.) — BERKLEY. Examen des cellules nerveuses psychiques de deux hommes instruits. (*Boston med. Journ.*, 18 mars.)

Psychose. — THOMAYER. La signification de quelques rêves. (*Rev. neurol.*, 28 fév.) — MANHEIMER. Peur obsédante de rougir. (*Méd. mod.*, 27 janv.) — PITRES et RÉGIS. L'obsession de la rougeur. (*Arch. de neurol.*, janv.) — LŒWENFELD. Sur la mélancolie musicale. (*Cent. f. Nervenh.*, fév.) — ALLISON. La mélancolie et son traitement. (*Med. Record*, 9 janv.) — MARSON. Des hallucinations verbales psycho-motrices. (*Thèse de Paris.*) — BONJOUR. La psychothérapie (hypnose et suggestion) chez les dégénérés. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 581.)

Puerpéral (État). — CULLINGWORTH. Sur la mortalité non diminuée de la fièvre puerpérale en Angleterre. (*Brit. med. j.*, 6 mars.) — FRY. La fièvre puerpérale paludique. (*Amer. j. of obst.*, janv.) — HOREAU et DELAGENIÈRE. Délire aigu consécutif à de l'infection puerpérale guéri par le curetage et la désinfection de l'utérus. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 64.) — KLUGKIST. Des abcès puerpéraux, paramétrites avec pyélonéphrite secondaire. (*Thèse de Greifswald.*) — DUBRISAY et THOYER-ROZAT. Infection puerpérale, phlegmatia, mort par embolies pulmonaires. (*Soc. anat. Paris*, 15 janv.) — ROMME. Traitement de l'infection puerpérale. (*Presse méd.*, 17 mars.) — ROBINSON. Traitement de l'infection puerpérale. (In-8°, 19 p., *Paris.*) — IWANOFF. Traitement de la fièvre puerpérale par les frictions mercurielles. (*Ther. Woch.*, 24 janv.) — SCHUECKING. Nouveau traitement de la fièvre puerpérale. (*Cent. f. Gyn.*, 27 mars.) — CUMMINS. Septicémie puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique, guérison. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — MOORHEAD. Septicémie puerpérale aiguë guérie par le sérum streptococcique. (*Ibid.*, 23 janv.) — SHARP. Septicémie puerpérale grave, injection de sérum streptococcique, guérison. (*Ibid.*, 27 fév.) — MAPLETON. Sérothérapie antistreptococcique dans la septicémie puerpérale. (*Ibid.*, 24 avril.) — VEITCH. Infection d'une plaie puerpérale, sérum antistreptococcique, gué-

Digitized by Google

rison. (*Edinb. med. j.*, fév.) — Fowler. Traitement de l'infection septique puerpérale par le sérum streptococcique. (*Ibid.*) — Edmunds. Septicémie puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique. (*Amer. j. of med. sc.*, avril.)

Purpura. — Carrière et Gibert. Toxicité urinaire dans la maladie de Verlhof, pathogénie de cette affection. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — Apert. Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques. (*Thèse de Paris.*) — Weber. Du purpura hemorragica. (*N. York med. j.*, 10 avril.) — Haerle. Du purpura et de ses rapports avec le scorbut. (*Thèse de Heidelberg.*) — Peake. Purpura arthritique. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Charles Lévi. Purpura infectieux consécutif à une broncho-pneumonie chronique. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, janv.)

R

Rachis. — Ridewood. Développement de la colonne vertébrale chez Pipa et Xenopus. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 359.) — Regnault. Des variations morphologiques des apophyses épineuses dans les déviations vertébrales. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Berthold Beer. De la rigidité de la colonne vertébrale. (*Wiener med. Blätter*, 25 fév.) — Miles. Ponction lombaire des méninges spinales. (*Scottish med. j.*, fév.) — Heiser. De la scoliose essentielle des adolescents. (*Thèse de Paris.*) — Moormann. De la tuberculose du rachis, traitement. (*Thèse de Bonn.*) — Gostynski. Des fractures de l'apophyse transversale des vertèbres lombaires. (*Thèse de Greifswald.*) — Brial. Fracture de la colonne vertébrale. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — Rivet. Fracture de la colonne vertébrale, étranglement de l'intestin grêle entre les fragments principaux, rupture du rein droit, déchirure du foie. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — Marold. Des fractures du rachis, leur pronostic. (*Thèse de Halle.*) — Poller. Des fractures du rachis et de leur traitement. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 289.) — Godonnèche. Manifestations tardives dans les fractures du rachis. (*Thèse de Paris.*) — Liell. 4 cas de résection du coccyx pour fracture et nécrose. (*Med. News*, 13 mars.) — Gallaudet. Laminectomie pour fracture simple. (*Ann. of surg.*, janv.) — Grognot. Des troubles nerveux précoces du mal de Pott. (*Thèse de Paris.*) — Dwight. Distorsion de l'aorte dans le mal de Pott. (*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — Schneller. Un cas de spondylite traumatique. (*Münch. med. Woch.*, p. 39, 12 janv.) — Ramond et Bonnus. Compression du cœur par un abcès par congestion. (*Soc. anat. Paris*, 8 janv.) — Lloyd. Symptômes et traitement des caries spinales. (*Birmingham med. review*, avril.) — Pétron. Spondylolisthésis, suite du mal de Pott chez un jeune homme de 18 ans. (*Rev. d'orthop.*, mars.) — Elliott. Mal de Pott secondaire à un empyème avec compression de la queue de cheval. (*N.-York Acad. of med.*, 19 fév.) — Chipault. Les ligatures apophysaires, thérapeutique des déviations vertébrales. (*Gaz. des hôp.*, 20 fév.) — Chipault. Sur le traitement des déviations vertébrales, scoliose et mal de Pott. (*Ibid.*, 22 avril.) — Gibney. Diagnostic et traitement du mal de Pott chez l'adulte. (*Med. News*, 20 fév.) — Halipré. Traitement des déviations scoliotiques de la colonne

Digitized by Google

vertébrale par la bicyclette modifiée. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Lambotte. Le traitement chirurgical du mal de Pott. (*J. de méd. Paris*, 11 avril.) — Kirmisson. Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. (*Bull. méd.*, 10 mars et *L'Abeille méd.*, 27 mars.) — Phocas. 2 cas de tumeurs sacro-coccygiennes. (*Bull. soc. de chir.*, XXII, p. 847.) — Wulff. Un cas de tumeur sacrée congénitale. (*Thèse de Munich.*)

Rachitisme. — Bosc. La pathogénie du rachitisme. (*Bull. méd.*, 24 mars.) — Fischl. Tétanie, laryngospasme, ses rapports avec le rachitisme. (*Deut. med. Woch.*, 4 mars.) — Stone. La cause de la courbure de l'avant-bras gauche chez les enfants rachitiques. (*Boston med. Journ.*, 4 fév.)

Radiographie. — Sarazin. Les rayons X. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 53.) — Bergonié. Sur les rayons de Rœntgen. (*J. méd. Bordeaux*, 24 janv.) — Destot. De l'emploi de la machine statique dans la production des rayons X. (*Province méd.*, 30 janv.) — Destot. Nouveau modèle de tube de Crookes. (*Lyon méd.*, 21 fév.) — Monell. Les tubes de Crookes et les machines statiques. (*Med. Record*, 6 fév.) — Sorel. Sur l'action physiologique et pathologique des rayons X. (*Acad. des Sc.*, 12 avril.) — Peck. Contribution récente à la skiagraphie. (*Medicine*, janv.) — Buguet. Technique médicale des rayons X. (In-8°, *Paris.*) — Levy-Dorn. Emploi des rayons R. dans la pratique médicale. (*Deut. med. Woch.*, 18 fév.) — Charmeil. Radiographie et radioscopie, application aux sciences médicales. (*Écho méd. Nord*, 31 janv.) — Mordret. Application des rayons R. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 134.) — Schmidt. Le présent et l'avenir de la skiagraphie. (*Medicine*, mars.) — Lœwenthal. Les rayons R. en médecine. (*Therap. Woch.*, 14 fév.) — Grunmach. La valeur des rayons X en médecine interne. (*Ther. Mon.*, janv.) — Benedikt. Observations et remarques sur l'emploi des rayons de Roentgen. (*Wiener med. Woch.*, 27 fév.) — Katz. Observations sciascopiques faites à l'école. (*Vratch*, 17 août.) — Bergonié. Où en sont aujourd'hui les applications à la médecine et à la chirurgie de la découverte de Roentgen. (*Arch. d'élect. méd.*, fév.) — Tscherning. La photothérapie. (*Presse méd.*, 3 avril.) — Frantzius. Action des rayons R. sur le poison et la rage. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 260.) — Fiorentini et Luraschi. Les rayons R. appliqués à la tuberculose expérimentale. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 mars.) — London. Les rayons R. dans l'examen des tissus. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 10 fév.)—Rémy et Contremoulin. De la radiophotographie des parties molles de l'homme et des animaux. (*Acad. des sc.*, 1er fév.) — Rémy et Contremoulin. De l'application des rayons X à l'étude des muscles, tendons et ligaments. (*Soc. de biol.*, 23 janv.) — Forster. Action des rayons Roentgen sur la peau normale et le système pilaire. (*Deut. med. Woch.*, 11 fév.) — Disen. La méthode des rayons de Roentgen dans l'examen du cœur. (*Med. Record*, 9 janv.)—Seguy et Guénisset. Action des rayons X sur le cœur. (*Acad. des Sc.*, 5 avril.) — Satterthwaite. La fluorographie dans la détermination de la position, du volume et des mouvements du cœur. (*Med. Record*, 10 avril.) — Cheval. Diagnostic d'un anévrisme de l'aorte ascendante par les rayons R. (*J. méd. Bruxelles*, 4 mars.) — Schmidt. Skiagraphie d'un anévrisme. (*Medicine*, avril.) — Delore. Radiographie des capillaires de la veine ombilicale dans les villosités placentaires. (*Soc. de biol.*, 10 avril.) — Macintyre. Emploi des rayons X. dans les maladies du nez, de la gorge et de la poitrine. (*Practitioner*, janv.) — Lindemann. Examen de l'estomac normal et pathologique par les rayons R. (*Deut. med. Woch.*, 22 août.) — Gœbel. Ostéomalacie diagnostiquée par les rayons R. (*Ibid.*) — Destot et Barjon. Etude du rhumatisme chronique déformant par les rayons R. (*Lyon méd.*, 7 mars.)

Digitized by Google

— Potain et Serbanesco. Radiographie des extrémités recueillies chez des sujets affectés de goutte ou de rhumatisme chronique. (*Acad. des Sc.*, 18 janv.) — Fisk. Photographie et skiagraphie d'une main goutteuse. (*Med. News*, 17 avril.) — Reid. Dermatite par les rayons X. (*Scottish med. j.*, fév.) — Crocker. Dermatite par les rayons Roentgen. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Kibbe. Dermatite causée par les rayons X, examen microscopique de la peau. (*N.-York med. j.*, 16 janv.) — Fœrster. Emploi des rayons R. en chirurgie. (*Thèse de Bonn.*) — Gaetano et Amicarelli. Les rayons R. en chirurgie. (*Gaz. d. Osped.*, 21 fév.) — Joachimsthal. L'emploi des rayons R. en chirurgie. (*Ther. Mon.*, fév.) — Banister. Traumatisme et rayon de Roentgen; un cas clinique. (*Med. Record*, 23 janv.) — Coudray. Synostose de l'avant-bras, diagnostic du siège par la radiographie. (*Méd. mod.*, 20 fév.) — Stevenson et Whitehead. Skiagraphie d'une fracture du fémur. (*Lancet*, 20 mars.) — Taft. Un cas de fracture en spirale du tibia diagnostiquée par les rayons Roentgen. (*Boston med. Journ.*, 25 fév.) — Lacaille et Rénon. Ostéite claviculaire révélée par la radiographie. (*Soc. de biol.*, 10 avril.) — Remy. Extirpation de l'astragale dans le pied-bot et les rayons X. (*J. de clin. inf.*, 11 mars.) — Morris. Balle logée derrière la clavicule donnant des signes d'anévrisme artério-veineux, reconnue par les rayons R. (*Lancet*, 6 mars.) — Péraire et Sudaka. Balle de revolver dans le 5e métacarpien, ablation après photographie par les rayons X. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Dartigues. Application des rayons X dans un cas d'extraction d'aiguilles. (*Ibid.*) — Brausewetter. Extraction d'un débri de verre après photographie par les rayons X. (*Deut. med. Zeit.*, janv.) — Swain. Action des rayons R. sur les calculs. (*Bristol med. chir. j.*, mars.) — Laurie et Léon. Photographie des calculs de la vessie et du rein par les rayons X. (*Lancet*, 16 janv.) — Seiffart. Epingle à cheveux dans la vessie décelée par les rayons X. (*Cent. f. Gyn.*, 9 janv.)

Rage. — Babes. De la méthode roumaine dans le traitement de la rage. (*Méd. orientale*, avril.)

Rate. — Laudenbach. Recherches expérimentales sur la fonction hémopoiétique de la rate. (*Arch. de phys.*, IX, p. 385 et 398.) — Ouskow et Sélinow. De la rate suivant les globules blancs du sang et le nombre de ces derniers. (*Arch. de biol. St-Pétersbourg*, V, p. 1.) — Dufau. Du rôle de la rate dans les maladies infectieuses, influence de la splénectomie. (*Thèse de Lyon.*) — Finzi. Splénomégalie primitive avec hépatite interstitielle flaccide. (*Riforma med.*, 28 janv.) — Baccelli. Tumeur sanguine de la rate. (*Gaz. d. Osped.*, 28 mars.) — Sutton. De la rate flottante. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — Brown. Splénectomie pour issue de la rate à travers une plaie de l'abdomen. (*Ibid.*) — Baccelli. Splénectopie et rate mobile. (*Riforma med.*, 9 janv.) — Greiffenhagen. Technique de la splénopexie; étiologie de la rate mobile. (*Cent. f. Chir.*, 6 fév.) — Catelanni. Splénectomie pour rate malarique mobile. (*Gaz. d. Osped.*, 17 janv.) — Hartmann et Vaquez. Les modifications du sang après la splénectomie. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Bouchoujew. Un cas de rupture de la rate. (*Rev. de la soc. méd. de Kiew*, III, 3.)

Rectum. — Pennington. Les affections du rectum comme cause de l'auto-infection. (*J. Americ. med. Ass.*, 30 janv.) — Broca. Du prolapsus du rectum chez l'enfant et de son traitement. (*Bull. méd.*, 24 janv.) — Fowler. Prolapsus, procidence et invagination du rectum. (*Med. News*, 27 fév.) — Westenberger. Des blessures du rectum. (*Thèse de Munich.*) — Verchère. Sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum. (*Bull. Soc. de*

Digitized by Google

chir., XXIII, p. 186.) — Riche. Rétrécissement tuberculeux et rétrécissement syphilitique du rectum. (*Gaz. des hôp.*, 11 fév.) — Branca. Lymphadénome polypiforme du rectum. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Branca. Particularités morphologiques de quelques adénomes du rectum. (*Ibid.*) — Quénu. Étude clinique sur le cancer du rectum. (*Rev. de chir.*, janv.) — Quénu. Diagnostic du cancer du rectum. (*Gaz. méd. Paris*, 2 janv.) — Luys. Cancer du rectum, propagation secondaire pleuro-pulmonaire. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Quénu. Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 163, et *Presse méd.*, 27 fév.) — Clarke. Résection de la partie supérieure du rectum pour cancer. (*Lancet*, 16 janv.) — Gangolphe. Cancer du rectum, extirpation après colostomie préalable. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — Depage. De la valeur relative des différents procédés de création de l'anus artificiel en cas de cancer du rectum. (*J. méd. Bruxelles*, 28 janvier.) — Kelsey. Indications de la cœliotomie dans les affections du rectum. (*N.-York med. j.*, 27 fév.) — Jordan. Indications de la résection du rectum par la voie abdominale. (*Ann. of Gyn.*, mars.) — Kummer. La torsion de l'intestin après la résection du rectum. (*Arch. prov. de Chir.*, VI, p. 195.) — Sternberg. De l'incision recto-vaginale dans les opérations sur le rectum. (*Cent. f. Chir.*, 20 mars.) — Kemp. Indications pour l'emploi de l'irrigateur rectal à double courant. (*N.-York med. j.*, 13 mars.)

Réflexe. — Patrizi. Les réflexes vasculaires des membres et du cerveau, avec divers stimulants et dans diverses conditions psychologiques et expérimentales. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 1.) — Zamazal. Réflexe supratrochléaire (du muscle triceps). (*Wiener med. Blätter*, 11 fév.)

Rein. — Ruehle. De la membrane propre des canaux urinaires et ses rapports avec le tissu interstitiel du rein. (*Arch. f. Anat. und Phys.*, *Anat. Abth.*, p. 153.) — Muellerheim. Position congénitale du rein dans le petit bassin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 371.) — Obici. Les anomalies d'embouchure des uretères. (*Bull. sc. med. Bologna*, VII, p. 44.) — Rose. Nouvelles recherches sur le moyen de recueillir l'urine du rein chez la femme. (*Cent. f. Gyn.*, 6 fév.) — Vissman. Rapports des troubles digestifs avec les maladies des reins. (*Med. News*, 23 janv.) — Parmentier. Du mal de Bright chez les vieillards. (*Thèse de Paris.*) — Rabé. Mal de Bright, péricardite sèche intense, rein blanc granuleux, glomérulo-néphrite diffuse. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — Capmarty. Dilatation du cœur droit dans le cours des néphrites catarrhales à la suite de troubles dyspeptiques. (*Thèse de Paris.*) — Kuester. De la pyélite et de la pyélonéphrite. (*Thèse de Munich.*) — Partzwski. Néphrite parenchymateuse surajoutée à une néphrite interstitielle, avec complication d'inflammation fibrineuse des bassinets et des uretères. (*Progrès médical*, 16 janv.) — Prince. Un cas de néphrite chronique compliquant la grossesse. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 fév.) — Chabry. Pyélo-néphrite ascendante unilatérale tuberculeuse. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Brown. Tuberculose rénale. (*N.-York med. j.*, 20 mars.) — Hussenet. Tuberculose rénale, rein gauche, avec absence du rein droit. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Vanverts. Tuberculose du rein. (*Soc. anat. Paris*, 12 mars.) — Pasteau. Ectopie rénale double avec pyélo-néphrite droite. (*Soc. anat. Paris*, 26 fév.) — Bovet et Huchard. Pyélo-néphrite infectieuse guérie par les injections sous-cutanées de solution saline de chlorure de sodium. (*J. des Praticiens*, 23 janv.) — Tirard. Traitement diurétique de l'hydropisie rénale. (*Brit. med. j.*, 20 mars.) — Marboux. Le traitement de la colique néphrétique. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — White. Diagnostic et traitement des affections chirurgicales du rein. (*Ann. of*

Digitized by Google

surg., janv.) — WAGNER. Travaux récents sur la chirurgie du rein. (*Schmidt's Jahrb.*, CCLIV, 4.) — HOLMES. Quelques cas de chirurgie du rein. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 avril.) — OBALINSKI. La chirurgie du rein. (*Wiener med. Woch.*, 6 fév.) — WAGNER. Les limites de l'extirpation du rein. (*Cent. f. Krankh. d. Harn. und sex. organe*, VIII, 2.) — JOHNSTON. Incision de la capsule du rein contre la néphralgie. (*Med. News*, 30 janv.) — FENWICK. Valeur du cystoscope électrique pour abaisser la mortalité de la néphrectomie. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — ADENOT. Pyonéphrose calculeuse, néphrectomie transpéritonéale, guérison. (*Lyon méd.*, 10 janv.) — ELLIOT. Néphro-uretérectomie ; extirpation rétropéritonéale d'un rein avec son uretère. (*Boston med. Journ.*, 25 fév.) — WISSINGER. Implantation opératoire rétropéritonéale d'un uretère dans l'autre. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1033, 16 nov. 1896.) — PASTEAU. Anomalie rénale et rein flottant. (*Soc. anat. Paris*, 19 mars.) — NOBLE. Du rein flottant. (*Amer. j. of Obst.*, janv.) — GLANTENAY et GOSSET. Anatomie pathologique du rein mobile. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.) — BUDINGER. Technique de la néphropexie. (*Cent. f. Chir.*, 27 mars.) — ENGSTROM. De la néphropexie, étude du traitement du rein flottant. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIX, 3.) — J.-L. REVERDIN. Néphropexie pour mobilité du rein avec crises de douleurs et d'anurie. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 501.) — DE QUERVAIN. Néphrorrhaphie pour rein droit flottant avec boudin stercoral rebelle du cœcum ; femme de 56 ans. (*Ibid.*, XVI, p. 498.) — LEMON. Deux cas de blessures du rein par armes à feu. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — SLADOWSKY. Des ruptures du rein. (*Thèse de Halle.*) — BÉGOUIN. Calcul bizarre du rein chez un prostatique. (*J. méd. Bordeaux*, 14 fév.) — KŒNIG. Des calculs du rein, leur traitement. (*Thèse de Marbourg.*) — DUNCAN. Sur un cas de calcul rénal. (*Scottish med. j.*, mars.) — VAN DER WELDE. Certaines formes d'adénomes du rein. (*J. méd. Bruxelles*, 8 avril.) — DE QUERVAIN. Néphrectomie extra-péritonéale pour adénome (goitre surrénal aberrant de Grawitz) de l'extrémité inférieure du rein gauche ; homme de 51 ans. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 499.) — MUELLER. Du lipome et des tumeurs mixtes lipomateuses du rein. (*Thèse de Rostock.*) — WARTHIN. Fibro-lipome du rein. (*J. of path. and bact.*, III, p. 404.) — BOWKER. Cylindrome du rein gauche, néphrectomie. (*Austral. med. gaz.*, 20 janv.) — DELÈTRE et RAIMONDI. Cancer primitif du rein gauche. (*Soc. anat. Paris*, 29 janv.) — DE QUERVAIN. Cancer à cellules cylindriques du rein gauche ayant envahi le cordon spermatique et les corps caverneux chez un homme de 60 ans. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 499.) — TSCHIRSCHNITZ. Ablation d'un cancer du rein gauche pesant 5 kilogrammes chez un homme de 51 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 989, 2 nov. 1896.) — LANGLOIS. Sur l'homologie fonctionnelle des capsules surrénales des grenouilles et des mammifères. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — CHARRIN. Les capsules surrénales au point de vue biologique. (*J. de pharm.*, 1er janv.) — DE DOMINICIS. Recherches expérimentales sur la physiologie des capsules surrénales. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — PILLIET et VEAU. Capsule surrénale aberrante du ligament large. (*Soc. de biol.*, 16 janv., et *Progrès médical*, 30 janv.) — GOETZE. Physiologie et pathologie des capsules surrénales. (*Thèse de Berlin.*) — MAASS. Des inflammations suppuratives de la capsule rénale. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 170.) — FAUSEL. Sarcome de la capsule rénale. (*Thèse de Tubingen.*) — BARRAUD. De la vaso-constriction produite par l'application locale de l'extrait aqueux de capsules surrénales. (*Thèse de Lyon.*)

Résection. — LOBINGIER. Résection costale multiple. (*Med. News*, 27 fév.) — CATTERINA. De la résection des articulations de la main d'après son procédé. (*Cent. f. Chir.*, 30 janv.) — BEALE. Seconde résection du coude après

Digitized by Google

36 ans. (*Lancet*, 30 janv.) — Douty. Résection du radius pour sarcome. (*Ibid.*, 6 fév.) — Lockwood. La résection du genou, nouveau procédé. (*Ibid.*, 13 mars.)

Respiration. — Bohr et Henriques. Sur le lieu de la consommation de l'O et de la formation de CO^2 dans l'organisme. (*Arch. de phys.*, IX, p. 459.) — Smith et Haldane. Les causes de l'absorption d'O par le poumon. (*Physiol. soc.*, 13 fév., et *J. of phys.*, XXI, 2 et 3.) — Bohr et Henriques. Echanges respiratoires pendant la suppression de la circulation artérielle dans les territoires organiques très étendus. (*Soc. de biol.*, 20 mars.) — Gendre. Influence de l'air expiré sur l'organisme animal. (*Thèse de St-Péters.*) — M. Levy-Dorn. Recherches expérimentales sur la respiration costale et le mode des emplâtres thoraciques. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1008, 9 novembre 1896.) — Stein. Le type abdominal de la respiration chez certains chanteurs. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 mars.) — Binet et Courtier. Influence de la musique sur la respiration, le cœur et la circulation capillaire. (*Rev. scientif.*, 27 fév.) — Mosso. L'acapnie. (*Soc. de biol.*, 27 fév.)

Rétine. — Caspar. Étiologie des stries rétiniennes. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 80.) — Graefe. Embolie double de l'artère centrale de la rétine. (*Deut. med. Woch.*, 25 mars.) — Scheffels. Des lésions des veines rétiniennes comme cause d'hémorragies de la rétine et du cristallin. (*Ibid.*, 25 mars.) — Zimmermann. Déchirure du nerf optique et des vaisseaux du centre de la rétine, rétinite proliférante. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 51.)

Rhumatisme. — Davaine. Étude comparative du rhumatisme articulaire aigu et des poussées aiguës de rhumatisme chronique. (*Thèse de Paris.*) — Thiroloix. Examen bactériologique du sang de deux malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. (*Soc. de biol.*, 13 mars.) — Achalme. Pathogénie du rhumatisme articulaire, examen bactériologique d'un cas terminé par la mort. (*Ibid.*) — Harispe. Rhumatisme articulaire aigu, pathogénies multiples, essai d'une pathogénie mixte. (*Thèse de Paris.*) — Mackenzie. Des diverses formes de rhumatisme suivant l'âge et le sexe. (*Edinb. med. j.* janv.) — Lemoine. Du rhumatisme spinal. (*Nord méd.*, 15 janv.) — Reichel. Sur l'endocardite rhumatismale. (*Wiener med. Woch.*, 10 avril.) — Besson. Pleurésie diaphragmatique double et insuffisance aortique au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. (*Nord méd.*, 1er mars, p. 56.) — Pope. Traitement du rhumatisme aigu et chronique. (*N.-Orleans med. j.*, janv.) — Philpots. Le bleu de méthylène dans l'arthrite rhumatismale. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — Muhlbauer. La salipyrine dans les cas de péliose rhumatismale. (*Wiener med. Woch.*, 30 janv.) — Goldthwait. Le traitement des disjonctions articulaires consécutives aux affections rhumatoïdes. (*Boston med. Journ.*, 28 janv.)

Roséole. — Brounlee. Roséole épidémique. (*Glasgow med. j.*, mars.)

Rougeole. — Allison. Hyperpyrexie dans la rougeole. (*Brit. med. j.*, 9 janv.) — Berry. Emphysème sous-cutané compliquant la rougeole. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — Méry et Lorrain. Gangrène pleuro-pulmonaire consécutive à la rougeole. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.)

Rouget. — Dkupser. Etude expérimentale sur le rouget. (*Cent. f. Bakt.*, XX, p. 421.) — O. Voges. Pratique et théorie des vaccinations contre le rouget porcin et de l'immunité à son égard. (*Zeit. f. Hyg.*, XXII.)

Digitized by Google

S

Salivaire. — Klippel. Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrée des tabétiques. (*Soc. de biol.*, 6 fév.) — Lauenstein. Opération de fistule salivaire. (*Cent. f. Chir.*, 17 avril.) — Solé. Six calculs du canal de Sténon. (*Presse méd. belge*, 11 avril.) — Roch. Des tumeurs de la parotide. (*Thèse de Fribourg.*)

Sang. — Patek. Notes diagnostiques sur l'hématologie. (*Med. News*, 2 janv.) — Hirschfeld. Morphologie des leucocytes. (*Thèse de Berlin.*) — Colombini et Simonelli. De l'action de l'iodure de potassium sur les éléments du sang normal. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXXII, p. 55.) — Maurel. Action du NaCl sur le sang du lapin. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Mayet, Malassez. Action du NaCl sur les hématies. (*Ibid.*, 20 fév.) — Maurel. Action du NaCl sur le sang de l'homme. (*Ibid.*, 13 fév.) — Mayet. Action du NaCl sur les hématies. (*Ibid.*, 6 mars.) — Zuntz. Critique de la méthode d'Hammerschlag pour mesurer la densité du sang et du sérum. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVI, p. 539.) — Lewin. L'examen spectroscopique du sang. (*Deut. med. Woch.*, 1er avril.) — Delezenne. Sur la coagulation du sang chez les oiseaux. (*Arch. de phys.*, IX, p. 333 et 347.) — Cavazzani. Influence de quelques dérivés de l'aniline sur la coagulation. (*Gaz. d. Osped.*, 21 mars.) — Binet et Vaschide. Influence des différents processus psychiques sur la pression du sang chez l'homme. (*Acad. des sc.*, 4 janv.) — Dastre et Floresco. Du ferment coagulateur du sang. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Delezenne. De l'action du sérum d'anguille sur la coagulation du sang, formation d'une substance anticoagulante par circulation artificielle du sérum d'anguille à travers le foie. (*Ibid.*, 16 janv.) — Gley. Sur le moyen d'immuniser les chiens contre l'action anticoagulante de la peptone par une injection préalable de sang de lapin. (*Ibid.*, 6 mars.) — Camus. Action de la lumière sur l'oxydation des matières colorantes du sérum sanguin. (*Ibid.*, 27 fév.) — Lebas. Sur l'immunité contre l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de propeptone. (*Thèse de Paris.*) — Contejean. Sur l'action physiologique des injections de peptone dans les cavités séreuses au point de vue de la coagulabilité du sang. (*Thèse de Paris.*) — Mott et Halliburton. Effets sur la pression sanguine d'injections intra-veineuses de liquides contenant de la choline, la neurine ou produits similaires. (*Physiol. soc.*, 13 fév., et *J. of phys.* XXI, 2 et 3.) — Fulloni. De la résistance du sang. (*Morgagni*, fév.) — Hartmann. De la capacité respiratoire du sang. (*Thèse de Gottingue.*) — J. Roux. De l'hyperglobulie des hautes altitudes. (*Province méd.*, 30 janv.) — Amitin. Tonus vasculaire sous l'influence de la chaleur et du froid. (*Zeit. f. Biol.*, XXXV, p. 13.) — London. Des propriétés bactéricides du sang dans les conditions normales. (*Arch. sc. biol. de St-Pétersbourg*, V, p. 88.) — Winterberg. La teneur en ammoniaque du sang physiologique et pathologique. (*Wien. klin. Woch.*, 8 avril.) — Jolles. Méthode de dosage du fer du sang. (*Wien. klin. Rundschau*, 31 janv. — Jolles. Le ferromètre, appareil de dosage du fer dans le sang. (*Deut. med. Woch.*, 4 mars.) — Regnard et Schlœsing. L'argon et l'azote dans le sang. (*Acad. des sc.*, 8 fév.) — Bohr. Absorption de l'azote et de l'hydrogène par le sang. (*Ibid.*,

Digitized by Google

22 fév.) — Prout. La valeur diagnostique des examens du sang. (*Amer. med. Bull.*, 25 fév.) — Piffard. Sur la préparation du sang dans les examens microscopiques. (*Med. Record*, 13 fév.) — Limbeck. Les données pratiques de l'examen moderne du sang au lit du malade. (*Wien. med. Woch.*, 30 janv.) — Laveran. Au sujet d'une altération du sang qui pourrait être confondue avec les altérations du sang palustre. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — Harris. Hématoporphynurie, ses rapports avec l'origine de l'urobiline. (*J. of. anat.*, avril.) — Romme. Les indications de la saignée. (*Presse méd.*, 13 janv.)

Sarcome. — Axtell. 2 cas de sarcome géant. (*N.-York med. j.*, 6 mars.) — Sutton. Du myélome, sarcome myéloïde. (*Edinb. med. j.*, fév.) — Malherbe. Sarcomatose cutanée, lymphosarcome. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 153.) — Bozzolo. Sarcomatose cutanée et viscérale étendue au cerveau. (*Giorn. Accad. med. Torino*, janv.) — Planchu. Sur le traitement chirurgical des sarcomes des parties molles des membres. (*Province méd.*, 6 fév.)

Saturnisme. — Nobécourt. Rapports de l'intoxication saturnine et de la goutte. (*Semaine méd.*, 13 fév.) — Charcot et Yvon. Sur une cause ignorée d'intoxication saturnine, fabrication de fleurs artificielles. (*J. de pharm.*, 15 avril.) — Mannaberg. Polynévrite cérébrale saturnine. (*Wien. klin. Rundschau*, 3 janv.) — Da Costa. Hémiplégie rapide dans un empoisonnement saturnin aigu. (*Amer. j. of. med. sc.*, fév.) — Fialon. De la cirrhose du foie d'origine saturnine. (*Thèse de Paris.*)

Scarlatine. — Symes. Eruption secondaire dans la scarlatine. (*Bristol med. chir. j.*, mars.) — Packard. Eruptions scarlatiniformes opératoires ou traumatiques. (*Med. News*, 20 fév.) — Mc Clanahan. Traitement de la scarlatine. (*Amer. j. of obst.*, fév.) — Gordon. Scarlatine traitée par le sérum antistreptococcique. (*Lancet*, 2 janv.)

Scorbut. — Schiperowitch. Sur la pathogénie et clinique du scorbut aigu. (*Gaz. klin. de Botkine*, déc. 1896.) — Melikhow. Morbidité et mortalité du scorbut à Saint-Pétersbourg de 1885 à 1895. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Scrofule. — Suchanek. De la scrofulose, ses rapports avec la tuberculose des amygdales, des adénites cervicales. (*Samml. Abhandl. aus d. Gebiete d. Nasenkrank.*, I, 11.) — Gallois. Qu'est devenue la scrofule? (*Bull. méd.*, 7 fév.)

Septicémie. — Domicini. Septicémies expérimentales et hématies nucléés. (*Presse méd.*, 27 fév.) — Zaengerle. De la septicopyémie cryptogénétique (*Thèse de Munich.*) — Robbins. La septicémie. (*J. Amer. med. Ass.*, 13 mars — Minot. Un cas de septicémie d'origine obscure. (*Boston med. Journ.*, 11 mars.) — Rigot. Septicémie post-typhique guérie par le sérum antistreptococcique. (*Loire méd.*, 15 fév.)

Sérum, sérothérapie. — Whitla. Sur la sérothérapie. (*Dublin Journ.*, janv.) — Charrin et de Nittis. Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection du sérum d'animaux vaccinés. (*Acad. des sc.*, 4 janv.) — Héricourt et Richet. Action locale du sérum d'anguille, sérothérapie contre les effets toxiques du sérum d'anguille. (*Soc. de biol.*, 23 janv.) — Héricourt et Richet. Sérothérapie *in vitro* dans l'intoxication par le sang d'anguille. (*Ibid.*, 10 avril.) — Arloing. Toxicité comparée du sérum normal antidiphtérique. (*Lyon méd.*, 4 avril.) — Mairet et Vires. Recherches sur

Digitized by Google

l'action des sérums dans les maladies mentales et nerveuses. (*N. Montpellier méd.*, 13 fév.) — Bordet. Etude du sérum antistreptococcique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p, 177.) — Gaston. Du sérum antistreptococcique et du sérum de Roux. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 janv.) — Ricaud. Le sérum antistreptococcique. (*J. méd. Bordeaux*, 3 janv.) — Méry et Lorrain. Streptocoque et sérum de Marmorek. (*Soc. de biol.*, 20 fév.) — Bornemann. Du sérum antistreptococcique. (*Thèse de Fribourg-en-Brisgau.*) — Méry et Lorrain. De l'action du sérum de Marmorek sur les streptocoques des scarlatineux. (*Soc. de biol.*, 13 fév.) — Boake. Empoisonnement du sang traité par le sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — Boucheron. Sérothérapie dans certains rhumatismes à streptocoques et dans certaines iritis rhumatismales. (*Soc. de biol.*, 3 avril.) — Fox. Endocardite ulcéreuse traitée par le sérum antistreptococcique. (*Lancet*, 20 fév.) — Crossing et Weber. Septicémie aiguë traitée par le sérum antistreptococcique ; mort. (*Brid. med. j.*, 23 janv.) — Cheyne. Injection de sérum antistreptococcique comme prophylaxie dans les opérations où la septicémie est à craindre (*Practitioner*, avril.) — Funck. La sérothérapie du pneumocoque. (*J. méd. Bruxelles*, 4 fév.) — Washbourn. Sérum antipneumococcique. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — Weisbecker. Sérothérapie du typhus, de la scarlatine, de la pneumonie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 188.) — Ungauer. Les accidents des sérothérapies. (*Thèse de Paris.*)

Serpent. — Hazard. Guérison de la morsure de serpent par le sérum de Calmette. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Keatinge et Ruffer. Morsure de serpent traitée par le sérum antivenimeux. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Calmette. Sur le venin des serpents et l'emploi du sérum antivenimeux dans la thérapeutique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 214.)

Strabisme. — Berry. Du strabisme. (*Edinb. med. j.*, janv.) — Kirkendall. Epilepsie et strabisme. (*N.-York med. j.*, 17 avril.) — Dreyer-Dufer. Mensuration du strabisme. (*Thèse de Paris.*) — Landolt. La graduation de l'opération du strabisme. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 5.) — Darier. Comment doit-on opérer le strabisme ? (*La Clin. opht.*, 25 fév.)

Sueur. — Arloing. Toxicité de la sueur. (*Lyon méd.*, 14 mars.) — Cabitto. Toxicité de la sueur chez les épileptiques. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 36.) — Triboudeau. Des éruptions sudorales des Européens aux pays chauds, formes pustuleuses observées à Madagascar. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Depied. Un cas de mort par les bourbouilles. (*Ibid.*, mars.) — Hare. Valeur de l'acide camphorique contre les sueurs nocturnes. (*Ther. Gaz.*, 15 mars.) — Stockman. L'acide camphronique contre les sueurs profuses. (*Edinb. med. j.*, janv.)

Surdimutité. — Krebs. Examen des oreilles et du nez à l'Institut des sourds-muets de Hildesheim. (*Arch. f. Ohr.*, XLII, 2.) — Uchermann. La surdimutité en Norvège. (*Norsk Magasine*, janv.) — Astier et Aschkinasi. Surdimutité, surdité psychique, exercices acoustiques méthodiques. (*Bull. polyclin. hôp. intern.*, janv.) — Hugentobler. De l'enseignement auriculaire du sourd-muet et de la transmissibilité du son au centre nerveux auditif par l'intermédiaire du système osseux cranien. (*Lyon méd.*, 28 fév.) — Demoor. Comment faut-il faire l'éducation des sourds-muets. (*J. méd. Bruxelles*, 14 janv.) — Sendziak. Traitement de la surdimutité par l'opération des végétations adénoïdes. (*J. of laryng.*, avril.)

Syphilis. — Jamieson. La syphilis au point de vue clinique. (*Edinb. med. j.*,

Digitized by Google

mars.) — Cumston. Epidémie syphilitique. (*Annals of surg.*, mars.) — Hjelmman. Persistance des altérations histo-pathologiques des tissus dans la syphilis. (*Nordisk med. Arkiv*, XXIX, 2.) — Dubert. Perception de l'induration des chancres avec un seul doigt, toucher unidigital (*Lyon méd.*, 4 avril.) — Bloch. De l'infection syphilitique extra-génitale. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 65.) — Barthélemy. Chancre syphilitique nain. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 283.) — Moty. Syphilis ignorée et syphilis céphalique primitive. (*Echo méd. Nord*, 28 mars.) — Petrini. Chancres multiples de la face. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 279.) — Valude et Laur. Chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire. (*Ibid.*, VIII, p. 294.) — Lofton. Chancre de la langue. (*N.-York med. j.*, 13 fév.) — Frèche. Chancre induré de la lèvre supérieure. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — Moty. Syphilis céphalique. (*Nord méd.*, 15 janv.) — Haslund. Syphilis maligne. (*Arch. f. Dermat.*, XXXVIII, p. 345.) — Justus. 2 cas de syphilis maligne. (*Pester med. Presse*, 14 fév., p. 165.) — Lagrange. Un cas de syphilis maligne, périostite aiguë du sommet de l'orbite. (*Ann. polyclin. Bordeaux*, janv.) — Marlier. Sur la syphilis conceptionnelle immédiate. (*Thèse de Paris.*) — Labbé. Syphilis héréditaire et exostoses. (*Rev. d'orthop.*, mars.) — Variot. Ascite volumineuse chez un nourrisson suspect de syphilis héréditaire. (*J. de clin. inf.*, 4 fév.) — Wells. Un cas de syphilis congénitale compliquée d'infection mixte par staphylocoques et streptocoques pyogènes. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 avril.) — Fournier. De l'allaitement des enfants syphilitiques. (*Presse méd.*, 24 fév.) — Fabry. Sur le travail d'Herxheimer : les gommes au 1er stade de la syphilis. (*Arch. f. Derm.*, XXXVIII, p. 393.) — Fournier. Syphilis sénile, exostoses extrêmement multipliées. (*Ann. de Derm.*, VIII, p. 201.) — Goetz. De la syphilis cérébrale. (*Thèse de Rostock.*) — Bechterew. L'automatisme considéré comme une manifestation de la syphilis cérébrale. (*Rev. neurol.*, 15 janv.) — Kuh. Syphilis cérébrale. (*Amer. j. of insanity*, janv.) — Serafini. Un cas rare de syphilis cérébrale. (*Riv. clin. e terap.*, déc. 1896.) — Montgomery. Syphilis cérébrale précoce. (*Med. News*, 6 mars.) — O'Neill. Un cas de syphilis cérébrale compliqué de fièvre typhoïde. (*Med. Record*, 17 avril.) — Demichéri. Un cas de syphilis cérébrale avec complications oculaires. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Ellingen. 2 cas de méningo-myélite syphylitique. (*Thèse de Berlin.*) — Cardarelli. Sclérose syphilitique de la moelle. (*Clinica mod.*, 3 fév.) — Lemoine. Hémiplégie syphilitique. (*L'Abeille méd.*, 17 avril.) — Cardarelli. Tabes dorsal et sclérose en plaques d'origine syphilitique. (*Gaz. d. Osped.*, 31 janv.) — Falk. Rapport du tabes et de la syphilis. (*Thèse de Munich.*) — Lemoine. Hémiplégie syphilitique. (*Nord méd.*, 1er mars.) — Labbé. Syphilis héréditaire, pseudo-paralysie ; mort. (*Soc. anat. Paris*, 22 janv.) — Grassmann. De la syphilis acquise du cœur. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1162, 28 déc. 1896.) — Phillips. Syphilis des parois du cœur. (*Lancet*, 23 janv.) — Talamon. Syphilis hépatique précoce avec ictère grave et atrophie jaune aiguë du foie. (*Méd. mod.*, 13 fév.) — Galliard. Entéropathies syphilitiques. (*Presse méd.*, 23 janv.) — Paci. Néphrite syphilitique secondaire. (*Gaz. d. Osped.*, 24 janv.) — Fordyce. Néphrite au début de la syphilis, un cas mortel. (*J. of cutan. dis.*, avril.) — Jaccoud. Sur un cas de néphrite syphilitique. (*Indépend. méd.*, 10 mars.) — Demerson. Des troubles oculaires dans la syphilis acquise. (*Gaz. des hôp.*, 25 mars.) — Cargill. Gomme du corps ciliaire. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — Audry. Examen histologique d'une lymphite syphilitique du pénis. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 310 et *Arch. méd. Toulouse*, 15 mars.) — Schulz. Du syphilome du muscle sterno-mastoïdien. (*Thèse de Greifswald.*) — Renault. Stomatite intense et tardive compliquée d'hématémèses et de melenas à la suite d'injection de Hg insoluble. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 203.) — Cormier. Des syphilides ulcéreuses simulant

Digitized by Google

l'ulcère variqueux. (*Thèse de Paris.*) — Rasch. De la forme soi-disant diphtéroïdes des ulcères vénériens du col utérin. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 17.) — Lang. L'importance du traitement primitif de la syphilis. (*Wien. klin. Runds.*, 3 janv.) — Munn. Excision du chancre. (*Med. News*, 3 avril.) — Hay. Les avantages du traitement de la syphilis aux eaux chaudes de l'Arkansas. (*J. Americ. med. Ass.*, 6 fév.) — Colombini et Gerulli. De l'action de l'iodure du potassium sur le sang des syphilitiques. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXXII, p. 66.) — Byles. Traitement de la syphilis par les injections mercurielles intra-veineuses. (*Brit. med. j.*, 3 avril.) — Dabney. Traitement de la syphilis par les injections de sublimé. (*N.-Orleans med. j.*, avril.) — Boury. Des injections intra-musculaires de salicylate de mercure dans la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — Gaussel. Valeur comparée des injections de calomel et d'huile grise dans le traitement de la syphilis. (*N.-Montpellier méd.*, janv.) — Reynier. Traitement de la syphilis par les injections du calomel. (*Rev. internat. de méd.*, 25 fév.)

T

Teigne. — Unna. De la pluralité des champignons du tricophyton. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 289.) — Bodin. Des trycophyties suppurées. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, VI, p. 66.) — Bulkley. Trichophytie tonsurante chronique. (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — Pulsford. Expériences sur le traitement de la trichophytie tonsurante à l'hôpital de New-York. (*Ibid.*, 9 janv.) — Sabouraud. La séborrée grasse et la pelade. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 134.) — Feulard. Pelade décalvante chez une femme et son enfant. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 292.) — Brault. Sur le traitement de la pelade. (*Ibid.*) — Fox et Blaxall. Pluralité des champignons de la teigne. (*London path. Soc.*, 16 fév.) — Ehermann. La cataphorèse comme traitement du sycosis coccogène et parasitaire. (*Wiener med. Blätter*, 7 janv.) — Srebrny. Etiologie et traitement du sycosis de la lèvre. (*Ther. Mon.*, avril.) — Babeau. Favus généralisé observé sur un enfant de 7 ans. (*N. Montpellier méd.*, 6 fév.) — Roberts. Traitement de la teigne par l'aldéhyde formique. (*Brit. med. j.*, 17 avril.)

Température. — Weiss. Régulateur de température. (*Soc. de biol.*, 23 janv.) — Lefèvre. Recherches calorimétriques sur les mammifères, lois générales de la réfrigération par l'eau. (*Arch. de phys.*, IX, p. 317.) — Lefèvre. Des troubles nutritifs fournis par les réfrigérations directes, comparaison avec le vernissage de la peau. (*Soc. de biol.*, 13 mars.)

Tendon. — Curiá. Des synovites chroniques tendineuses de la face dorsale du poignet. (*Thèse de Paris.*) — Tixier. Deux cas de synovite tuberculeuse de la gaine du cubital postérieur. (*Province méd.*, 27 mars.) — Masson. Du traitement des synovites tendineuses du poignet, d'origine tuberculeuse. (*Thèse de Nancy.*) — Mc Cash. Suture tendineuse pour rupture du tendon du carré crural. (*Ann. of surg.*, mars.) — Angelini. Suture des tendons et nerfs. (*Gaz. d. Osped.*, 28 fév.) — Worsley. Suture de tendons 5 ans après la blessure. (*Brit. med. j.*, 20 mars.) — Bonjour. Des tumeurs fibro-tendi-

Digitized by Google

neuses à myéloplaxes, myélomes des gaines tendineuses et des tissus fibreux. (*Thèse de Paris.*)

Testicule. — Whitney. L'identification des colorations du sperme. (*Boston med. Journ.*, 8 avril.) — Johnston. La teinture d'iode dans la recherche des spermatozoaires. (*Ibid.*, 8 avril.) — Sangalli. Arrêt de développement et dégénérescence des testicules chez un jeune homme. (*Gaz. med. Lombard.*, 1er févr.) — Poupart. Un type nouveau d'ectopie testiculaire. (*Thèse de Paris.*) — Sebileau. De l'orchidopexie. (*Gaz. méd. Paris*, 23 janv.) — Sebileau. Traitement de l'ectopie inguinale du testicule. (*Ibid.*, 16 janv.) — Triboudeau. Hydrocèle enkystée du cordon par bouchon herniaire. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Frarier. Hydrocèle, rupture de la vaginale. (*Province méd.*, 2 janv.) — Southam. Cure radicale de l'hydrocèle par l'excision du sac. (*Lancet*, 20 mars.) — Bégouin. Pachyvaginalite bosselée à diverticules. (*J. méd. Bordeaux*, 24 janv.) — Barral. Inversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle. (*Thèse de Lyon.*) — Kandaratski. Sur les corps libres dans la vaginale. (*Vratch*, 6 mars.) — Andérodias. Hématocèle de la tunique vaginale avec diverticulum. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.) — Dewandre. Opération du varicocèle douloureux. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Sebileau. Traitement du varicocèle. (*Gaz. méd. Paris*, 27 fév.) — Bands. Quelques cas de maladie du testicule. (*Med. News*, 6 fév.) — Chambellan. Sur une forme très lente de tuberculose testiculaire. (*France méd.*, 19 fév.) — Kanthack et Pigg. Chondro-carcinome du testicule. (*London path. Soc.*, 19 janv.)

Tétanie. — Gilbert. De la tétanie hépatique. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Wettendorfer. Etiologie de la tétanie infantile. (*Wiener med. Woch.*, 13mars.) — Romme. Etiologie de la tétanie chez l'enfant. (*Gaz. heb. Paris*, 24 janv.)

Tétanos. — Pitfield. Action locale de la toxine tétanique. (*Ther. Gaz.*, 15 mars.) — Brunner. Etude du poison tétanique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 207.) — Kanthack et Connel. Quelques points de la morphologie du bacille tétanique. (*London pat. Soc.*, 5 janv.) — Vincenzi. Sur les fines altérations morphologiques des cellules nerveuses dans le tétanos expérimental (*Arch. per le sc. med.*, XXI, 1.) — Poisson. Tétanos céphalique. (*Gaz. méd. Nantes*, 8 fév.) — Klemm. Un cas de tétanos céphalique, avec paralysie faciale. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 455.) — Eddowes. Tétanos guéri par les injections sous-cutanées d'acide phénique. (*Lancet*, 16 janv.) — Muzio. Le traitement du tétanos par les injections d'acide phénique. (*Gaz. med. Torino*, 14 janv.) — Poli. Tétanos traumatique guéri par la méthode Baccelli. (*Gaz. d. Osped.*, 14 mars.) — Hendley. Tétanos traité par les injections sous-cutanées de sublimé, guérison. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — Baculo. Traitement du tétanos par les injections sous-cutanées de sublimé. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 mars.) — Archinard. Le sérum antitétanique. (*N.-Orleans med. j.*, janv.) — Marsack. Deux cas de tétanos traités par l'antimoine et le chloral. (*Lancet*, 17 avril.) — Trapp. Un cas de tétanos céphalique guéri par l'antitoxine de Tizzoni. (*Cent. f. Chir.*, 30 janv.) — Blaker. Tétanos, suite de plaie de la main, guérison par le biiodure de mercure et l'antitoxine. (*Lancet*, 10 avril.) — Turner. Tétanos traité par l'antitoxine, guérison. (*Idid.*, 6 fév.) — Jacob. Un cas de tétanos guéri par l'antitoxine. (*Deut. med. Woch.*, 4 fév.) — Aoefling. Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine. (*Ibid.*, 1er avril.) — Proudfoot. Tétanos traité par l'antitoxine, mort. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — A. Knorr. Recherches expérimentales sur les limites de la curabilité du tétanos par le sérum antitétanique. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 1218.)

Digitized by Google

Thérapeutique. — Audhoui. Traité de thérapeutique et de matière médicale contenant les principes de la nosologie naturelle. (In-8°, 1200 p., *Paris.*) — Lyon. Traité élémentaire de clinique thérapeutique. (In-8°, 2e édit., 1197 p., *Paris.*)—Fiessinger. La thérapeutique de Guy Patin. (*Rev. int. de thérap.*, fév.)—Fiessinger. La thérapeutique des vieux maîtres. (In-8°, 335 p., *Paris.*) — Mergier. Les voies rectale et génito-urinaire pour l'administration des médicaments. (*Presse méd.*, 31 mars.)—Cassine. L'entéroclyse. (*Nord méd.*, 15 avril.) — Hallervorden. Thérapie neuro-chimique. (*Deut. med. Woch.*, 4 fév.)— Clevenger. La douleur et sa thérapeutique. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 janv.)— Libow. Propriétés physiques et valeur thérapeutique des boues, (*Vratch*, 13 fév.) — Fite. Diastase en thérapeutique. (*Med. News*, 6 fév.) — Gagliardi. L'emploi de la somatose dans la pratique à la campagne. (*Morgagni*, janv.) — Coronedi. Emploi thérapeutique de quelques nouvelles préparations iodées. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 30 nov. 1896.) — Plugge. La cytisine comme médicament. (*Echo méd. Nord*, 14 mars.) — Davis. L'utilité de la nucléine. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 avril.) — Lépine. Sur le pyramidon. (*Rev. de méd.*, mars.) — Legendre. Le pyramidon, étude expérimentale et thérapeutique. (*Thèse de Paris.*) — Meurisse. Sur la valeur thérapeutique de la sauge comme agent antisudoral. (*Thèse de Lille.*) — Meurisse et Dassonville. De l'action antisudorale de la sauge. (*Echo méd. Nord*, 11 avril.)—Wield. Intolérance du salicylate de soude. (*Brit. med. j.*, 6 fév.) — Sahli. Des capsules de glutoïde. (*Deut. med. Woch.*, 1er janv.) — Aubert. De l'atropine comme moyen d'atténuer certains inconvénients de la quinine. (*Lyon méd.*, 3 janv.) — Riegler. L'emploi thérapeutique de l'acide naphtionique, d'après les recherches expérimentales et classiques. (*Wiener med. Blätter*, 8 avril.) — Aievoli. 50 obs. sur la valeur thérapeutique de l'aristol. (*Ibid.*, 8 avril.) — Potts. Effets analgésiques de la lactophénine. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — Purdon. Le citron comme agent thérapeutique. (*Dublin Journ.*, 1er fév.) — Ottolenghi. L'action thérapeutique du calomel. (*Gaz. d. Osped.*, 3 janv.) — Mougin. Du calomel dans les maladies du foie, du cœur et du rein. (*Thèse de Paris.*) — Labesse. Du glycérophosphate de chaux et de la noix de kola. (*Thèse de Paris.*)— Gomez. Sur le savon à la nicotine. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 118.) — Lewin et Eschbaum. Des suppositoires. (*Deut. med. Woch.*, 7 janv.)

Thorax. — Birmingham. L'asymétrie du sternum. (*Dublin Journ.*, janv.) — Kennedy. Plaie du thorax par arme à feu. (*Int. j. of surg.*, mars.) —Gerin. De la dyspnée consécutive à la trépanation du sternum. (*Thèse de Lyon.*)

Thrombose. — Axenfeld. De la thrombose de la veine centrale de la rétine et des veines choroïdiennes. (*Berlin. med. Woch.*, p. 925, 12 oct. 1896.) — Von Leyden. Thrombose de l'aorte abdominale; pneumonie suivie d'oblitération des deux artères fémorales entraînant la gangrène des jambes; amputation; mort 2 jours plus tard. (*Ibid.*, p. 1058, 23 nov. 1896.)— Goodall. Thrombose des veines de Galien après la scarlatine. (*London clin. Soc.*. 12 mars.) — Lasker. De la thrombose dans les maladies infectieuses, en particulier dans l'influenza. (*Thèse de Fribourg.*)

Thyroïde. —Tourneux et Verdun. Sur les premiers développements et sur la détermination des glandules thymiques et thyroïdiennes chez l'homme. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — Lympius. Thyroïde accessoire de la base de la langue, ablation, guérison. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 451.) — Les travaux récents sur le corps thyroïde, revue. (*Méd. mod.*, 6 janv.) — Delaunay. Sur le rôle fonctionnel de la glande thyroïde. (*Thèse de Paris.*) — Hutchison. Les principes actifs du corps thyroïde. (*Brit. med. j.*, 23 janv.) —

Digitized by Google

PANTALEONE. Recherches sur le suc thyroïdien. (*Gaz. d. Osped.*, 17 janv.)— MOUSSU. Fonction parathyroïdienne. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — GLEY. Idem. (*Ibid.*) — MOUSSU. Fonction thyroïdienne, crétinisme expérimental chez le chien, le chat. (*Ibid.*, 23 janv.) — HALLIBURTON. Les sécrétions internes de la thyroïde et des capsules surrénales. (*Practitioner*, janv.) — DUCCESCHI. Sur les protéides du sérum sanguin chez les chiens anémiés et thyroïdectomisés. (*Morgagni*, janv.) — DANIS. De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette. (*Thèse de Lyon.*) — DOBROWSKI. Emploi de la thyroïdine chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXI, p. 54.) — FERRIER. Sur l'étiologie du goitre épidémique. (*Rev. de méd.*, fév.)—COSTA. Etude sur le goitre épidémique; physiologie de la glande thyroïde. (*Thèse de Lyon.*) — AUSTIN. Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne et de leur traitement chirurgical. (*Thèse de Lyon.*)—FAWSSETT. Goitre traité par les pastilles de thyroïde. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — DOUBRE. Le traitement chirurgical des goitres. (*Bull. méd.*, 20 janv.) — THIRIAR. Goitre parenchymateux suffoquant. Thyroïdectomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — JACQUEMART. Des hémorragies post-opératoires dans la thyroïdectomie. (*Thèse de Paris.*) — JABOULAY. La greffe de corps thyroïde et de capsules surrénales dans les maladies de ces glandes. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — FOESRTER. Recherches sur un cas de myxœdème opératoire. (*Deut. med. Woch.*, 15 avril.) — FOERSTER. Myxœdème opératoire traité par l'injection de glandes thyroïdes. (*Ibid.*, 18 mars.) — FRANK et GUNTERMANN. Carcinome kystique du corps thyroïde. (*Medicine*, janv.)—POTAIN. Le goitre exophtalmique. (*L'Indépend. méd.*, 20 janv.) — FERRARI. Tracé des battements du cœur dans la maladie de Basedow. (*Gaz. d. Osped.*, 28 fév.) — MACKENZIE. L'œdème dans la maladie de Graves. (*Edinb. med. j.*, avril.) — LIÉGEOIS. De la diarrhée dans le goitre exophtalmique. Bons effets de la pancréatine. (*J. des Praticiens*, 6 fév.) — SUTCLIFFE. Goitre exophtalmique chez un homme. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — ABADIE. Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique. (*Presse méd.*, 3 mars.) — MACKENZIE. Traitement de la maladie de Graves par le thymus. (*Amer. j. of. med. sc.*, fév.) — JONNESCO. La résection totale et bilatérale du sympathique cervical, goitre exophtalmique. (*Ann. d'ocul.*, mars.)

Torticolis. — PAULY. Théorie réflexe du torticolis spasmodique. (*Rev. de méd.*, fév.) — LINZ. Du torticolis spasmodique. (*Thèse de Bonn.*) — PONT. Torticolis chronique postérieur. (*Lyon méd.*, 7 fév.) — ELSBERG. Le traitement chirurgical du torticolis mental. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

Trachée. — KOFMAN. Le tube à drainage comme canule trachéale. (*Cent. f. Chir.*, 10 avril.) — PRESSORT. Ouverture des abcès dans la trachée. (*Thèse de Paris.*) — LANE. Rupture intra-thoracique de la trachée par traumatisme sans fracture de la paroi thoracique. (*Lancet*, 6 mars.) — CHIARI. Sarcome à cellules fusiformes extrait par la trachéotomie de la trachée d'une enfant de 11 ans. (*Soc. vienn. de lar.*, 3 déc. 1896.)

Tremblement. — AMORE-BONELLI. Du tremblement essentiel héréditaire (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 58.) — LABBÉ. Débilité mentale et tremblement. (*Presse méd.*, 24 avril.) — WEGGE. Le tremblement héréditaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 janv.) — CROCQ. Les tremblements. (*Belgique méd.*, 8 avril.)

Tuberculose. — SCHNEIDERLIN. Biologie du bacille tuberculeux. (*Thèse de Fribourg.*) — MAKSUTOW. De l'immunisation contre la tuberculose par la toxine de tubercule. (*Cent. f. Bakt.*, *Erste Asth.*, XXI, p. 317.) — BERGEY. La tuberculose bovine cause de tuberculose chez l'homme par le lait et la

Digitized by Google

viande. (*Med. News.*, 23 janv.) — Nocard. La prophylaxie de la tuberculose bovine. (*Rev. scient.*, 9 janv.) — Diamare. Des néoformations tuberculeuses entozoiques. (*Cent. f. Bakt.*, 1 Abth., XXI, p. 459.) — De Aquilar. Formation de fibrine dans les produits anatomiques de la tuberculose. (*Thèse de Tubingen.*) — Biermann. Valeur diagnostique de la présence du bacille tuberculeux dans les fèces. (*Thèse de Berlin.*) — Harriman. Tuberculose ; infection par le lait. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 fév.) — Hance. Sur l'infection tuberculeuse par la poussière. (*Med. Record*, 13 fév.) — Baner. La tuberculose pulmonaire. (*N.-York med. j.*, 3 avril.) — Erhardt. Des infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Ruelle. Infection tuberculeuse à localisations successives. (*Centre méd.*, 1er avril.) — Jaccoud. Tuberculose pulmonaire et syphilis associées. (*L'Abeille méd.*, 6 mars.) — Potain. Grippe et fièvre typhoïde chez un tuberculeux. (*Ibid.*, 17 avril.) — Capmarty. Coexistence de la tuberculose avec les maladies du cœur. (*Thèse de Paris.*) — Suss. Tuberculose miliaire à forme subaiguë ; amélioration considérable et persistante. (*France méd.*, 26 mars.) — Edlen. Tuberculose, prophylaxie, traitement. (*N.-York med. j.*, 17 avril.) — Riesmann. Tuberculose miliaire aiguë, valeur diagnostique du frottement sous-pleural. (*Ibid.*) — Brun. Des coagulations intra-vasculaires au cours de la tuberculose, particulièrement au point de vue de leur pathogénie. (*Thèse de Lyon.*) — Potain. Troubles gastriques du début de la tuberculose. (*Tribune méd.*, 3 fév.) — Gilbert et Garnier. Fréquence de la tuberculose dans les grandes paralysies infantiles. (*Soc. de biol.*, 20 mars.) — Franchetti. Phtisie traumatique. (*Thèse de Paris.*) — Carrière. Ulcère tuberculeux de la face interne de la joue. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 mars.) — Thibierge. Tuberculose miliaire en nappe de la muqueuse de la joue et des lèvres. (*Ann. de derm.*, VII, p. 286.) — Moynihan. Un cas de tuberculose cutanée verruqueuse. (*Brit. med. j.*, 9 janv.) — Hallopeau et Bureau. Tuberculide acnéiforme et nécrotique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 175.) — Gangolphe. Tuberculose juxta-synoviale. (*Lyon méd.*, 21 mars.) — Oumnow. Sur la mortalité de la phtisie pulmonaire à Saint-Pétersbourg, de 1886 à 1895. *Thèse de* (*Saint-Pétersbourg.*) — Blaise. Prophylaxie de la tuberculose (*Bull. méd. Algérie*, 10 fév.) — Séailles. Prophylaxie de la tuberculose. (*France médicale*, 8 janv.) — Petit. La lutte contre la tuberculose. (*La méd. orient.*, janv.) — Craig. Le contrôle municipal des phtisiques. (*Med. Record*, 23 janv.) — Knopf. Le traitement hygiénique et symptomatique de la tuberculose ; plaidoyer en faveur de sanatoria pour les pauvres. (*Ibid.*, 13 fév.) — Trudeau. Sanatoria pour la tuberculose au début. (*N.-York med. j.*, 27 fév.) — Morel-Lavallée et Gandil. Des contre-indications du climat méditerranéen dans la phtisie. (*Rev. int. de thér.*, 16 janv.) — Davis. Traitement de la tuberculose. (*Medicine*, avril.) — Brissaud. Contre le traitement de la tuberculose. (*Echo méd. de Lyon*, 15 mars.) — Grancher. Traitement de la tuberculose par l'alimentation. (*L'Abeille méd.*, 16 janv., et *Bull. méd.*, 3 fév.) — Grégoire. Etude thérapeutipue du gaïacol, injections et pansements au gaïacol dans les tuberculoses chirurgicales. (*Thèse de Paris.*) — Van Ryn. La créosote dans la phtisie pulmonaire. (*La Clin. Bruxelles*, 7 janv.) — Blank. La méthode de Churchill dans la tuberculose pulmonaire. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 fév.) — Dubois. Traitement de la tuberculose par le mercure. (*Tribune méd.*, 10 fév.) — Chaplin et Tunnicliffe. Traitement de la phtisie par le gaïacolate de pipéridine. (*Brit. med. j.*, 16 fév.) — Wachter. Traitement de la tuberculose par l'antibactérine (inhalations de bore à l'état naissant. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 1068.) — Schrœder. La toux des phtisiques, son traitement par la péronine. (*Ther. Mon.*, janv.) — Vaughan. Action physiologique et emploi

Digitized by Google

thérapeutique de l'acide nucléinique, son emploi dans la tuberculose. (*Med. News*, 27 fév.) — Fraenkel. L'ichtyol dans la tuberculose pulmonaire. (*Therap. Woch.*, 11 avril.) — Koch. Sur de nouvelles préparations de tuberculine. (*Semaine méd.*, 7 avril.) — Romme. La nouvelle tuberculine de Koch. (*Presse méd.*, 7 avril.) — Peron. A propos de la nouvelle tuberculine de Koch. (*Ibid.*, 17 avril.) — Van Ryn. La tuberculine de Koch. (*J. méd. Bruxelles*, 11 mars.) — Maragliano. Sur la tuberculine. (*Gaz. d. Osped.*, 4 avril.) — Maragliano. Sur l'empoisonnement par la tuberculine. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — Filetti et La Mensa. Le sérum de Maragliano contre la tuberculose cutanée. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 89.) — Croce. Contribution à l'étude de la sérothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (*Riforma med.*, 14 janv.) — Dasara-Cao. Tuberculose chirurgicale et sérothérapie. (*Gaz. d. Osped.*, 21 mars.)

Typhoïde. — Chantemesse. Sur la toxine typhoïde soluble. (*Soc. de biol.*, 23 janv., et *Bull. méd.*, 27 janv.) — Richardson. Diagnostic des cultures de bacille typhoïque par la séro-réaction. (*Cent. f. Bakt.*, 1 Abth., XXI, p. 445.) — Smith. Bacilles typhiques dans l'urine. (*Royal med. Soc.*, 9 fév.) — Faideau. De la mise en évidence du bacille d'Eberth dans les salles des typhiques par la méthode d'Elsner. (*Thèse de Lyon.*) — Bruhl. Pneumotyphus ; bacille d'Eberth dans le poumon. (*Gaz. hebd. Paris*, 31 janv.) — Widal et Sicard. Sérodiagnostic par le sang desséché, au point de vue de la médecine légale et de l'hygiène publique. (*Soc. de biol.*, 9 janv.) — Widal et Sicard. La mensuration du pouvoir agglutinatif chez les typhiques. (*Ibid.*, 20 fév.) — Courmont. Répartition de la substance agglutinante dans l'organisme des typhiques. (*Ibid.*, 20 fév. et 20 mars.) — Courmont. Disparition *in vitro* du pouvoir agglutinant des humeurs des typhiques lorsqu'on y cultive le bacille d'Eberth. (*Ibid.*, 27 mars.) — Courmont. Distribution de la matière agglutinante chez les typhiques. (*Lyon méd.*, 7 mars). — Nicolle et Hébert. Sur la signification de la substance agglutinante du sérum des malades atteints de fièvre typhoïde. (*Presse méd.*, 3 mars.) — Widal et Sicard. La mensuration du pouvoir agglutinant chez les typhiques. (*Ibid.*, 6 mars.) — Courmont. Cent cas de séro-diagnostic. (*Ibid.*, 30 janv.) — De Villepoix. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Gaz. méd. Picardie*, janv.) — Wright et Smith. Application de l'épreuve du sérum au diagnostic différentiel de la typhoïde et de la fièvre de Malte. (*Lancet*, 6 mars.) — Wright. Technique du séro-diagnostic des fièvres spécifiques aiguës. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — Delepine. Technique du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 17 avril.) — Biggs et Park. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Amer. j. of med. sc.*, mars.) — Robertson. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde (*Liverpool med. Instit.*, 4 fév.) — Appel et Thornburg. Le diagnostic de la fièvre typhoïde par le sang; séro-diagnostic. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 fév.) — Dumarest. Le diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Med. Record*, 10 avril.) — Stokes. Quelques points sur la technique de la réaction agglutinante de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 9 janv.) — Dupaquier. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*N. Orleans med. j.*, janv.) — Craig. Sur la méthode de séro-diagnostic de Widal. (*N.-York med. j.*, 6 fév.) — Ullmann et Wochnert. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 20 fév.) — Brannan. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, sa valeur pratique. (*Ibid.*, 27 mars.) — Thomas. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 57 cas. (*Med. News*, 3 avril.) — Cabot. Remarques sur la réaction agglutinante de la typhoïde. (*Boston med. Journ.*, 4 fév.) — Pennato. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Riv. Veneta sc. med.*, 31 janv.) — Purjesz. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Pester med. Presse*, 14 fév.) — Berend. Le séro-diagnostic de la typhoïde. (*Orvosi*

Digitized by Google

hetilap., 5.) — PETERMAN. Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde de Widal. (*Vratch*, 16 janv.) — FRAENKEL. Valeur du procédé de Widal. (*Deut. med. Woch.*, 15 avril.) — JUNDELL. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Hygiéa*, II, p. 359.) — ANCEL et FRUHINHOLZ. La fièvre typhoïde pendant l'épidémie de Nancy. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.) — DOUBRE. Etiologie de la fièvre typhoïde, ubiquité du bacille d'Eberth. (*L'Abeille méd.*, 9 janv.) — LAKE. Fièvre typhoïde et gaz d'égout. (*St Thomas's hosp. Rep.*, XXIV, p, 201.) — LEE. Remarques sur la typhoïde. (*Med. Record*, 16 janv.) — CAPRI. Un cas anormal d'infection anormale typhique. (*Gaz. d. Osped.*, 21 fév.) — JACQUEMIN. De certains grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Lyon.*) — JACCOUD. De la typhoïde sudorale. (*Semaine méd.*, 10 fév.) — GOODNER. La fièvre typhoïde chez les aliénés. (*Medicine*, fév.) — COSGRAVE. Fièvre typhoïde et scarlatine simultanées. (*Birt. med. j.*, 16 janv.) — MONGOUR. Sur la disparition du premier bruit du cœur dans la fièvre typhoïde. (*Presse méd.*, 21 avril.) — FINLAY. Hémorragie spontanée orbitaire et intraoculaire dans le cours d'une typhoïde. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 42.) — CHÉRON. La néphrite dothiénentérique. (*Bull. méd.*, 6 janv.) — DAURIAC. Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — GÉRAUD et REMLINGER. Syndrome de Weber apparu au cours d'une fièvre typhoïde anormale diagnostiquée par le procédé de Widal, hystérie toxique probable. (*Bull. med.*, 21 avril.) — ASTHON. Fièvre typhoïde, thrombose crurale bilatérale. (*Med. News*, 20 mars.) — RIBOULLOT. Paralysie pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. (*Nord méd.*, 1er avril.) — REMLINGER. Grand abcès du foie d'origine typhoïde, pleurésie purulente consécutive, virulence très différente du bacille d'Eberth dans le foie et dans la plèvre. (*Méd. mod.*, 24 mars.) — STEEL. Fièvre typhoïde, péritonite par perforation, rechute, abcès périthyphlique, guérison. (*Brit. med. j.*, 2 janv.) — BRUNTON et BOWLBY. Ulcère perforant dans la fièvre typhoïde, opération, suture, guérison. (*Royal med. Soc.*, 26 janv.) FINNEY. Traitement chirurgical de l'ulcère perforant typhique. (*Ann. of surg.*, mars.) — THORNLEY. Traitement de la fièvre typhoïde à Presbyterian hospital. (*Med. News*, 13 mars.) — WOODBRIDGE. Le traitement abortif de la typhoïde. (*Med. Record*, 16 janv.) — WHITCOMB. Le traitement de la typhoïde. (*Ibid.*, 30 janv.) — LOOMIS. Traitement de la fièvre typhoïde à New-York hospital. (*Med. News*, 30 janv.) — DUPONT. Traitement et complication de la fièvre typhoïde. (*Arch. méd. belge*, janv.) — BARRS. Plaidoyer pour un régime moins sévère dans la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 16 janv.) — FARNSWORTH. Traitement opiacé dans la fièvre typhoïde. (*Med. and surg. Reporter*, 23 janv.) — DANIELS. Hydrothérapie dans la fièvre typhoïde. (*Med. News.*, 17 avril.) — GRUET. Injections sous-cutanées d'eau salée contre les accidents urémiques de la fièvre typhoïde. (*J. de méd. pratique*, 10 janv.) — STEELE. Fièvre typhoïde traitée par le sérum antityphique, guérison. (*Brit. med. j.*, 17 avril.) — WRIGHT et SEMPLE. La vaccination contre la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 30 janv.) — POPE. 4 cas de fièvre typhoïde traités par le sérum antitoxique. (*Ibid.*) — COOPER. Cas grave de fièvre typhoïde traité avec succès par l'antitoxine. (*Ibid.*, 27 fév.)

Typhus. — TICTIN. Etude du typhus à rechutes. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 179.) — SCHROEDER. L'épidémie de typhus à Weende, en 1894. (*Thèse de Gottingue.*)

Digitized by Google

U

Ulcère. — Moukhtar. Microbe du bouton des pays chauds. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 218. — Gastou. Ulcères phlébitiques. (*Ibid.*, VIII, p. 190.) — Sebileau. Comment viennent les ulcères variqueux. (*Gaz. méd. Paris*, 6 fév.) — Calais. L'airol, son emploi en thérapeutique, surtout dans le traitement des ulcères variqueux. (*Thèse de Lyon.*) — Dehaine. Traitement des ulcères de jambe par l'aloès. (*Thèse de Paris.*) — Auboin. Le traitement des ulcères variqueux par le pansement de Unna. (*Ibid.*) — Coombs. Ulcère perforant du pied. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Chipault. De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires. (*Gaz. des hôp.*, 8 avril.) — Mumford. Ulcère stercoral. (*Boston med. Journ.*, 11 fév.) — Miller. Le soufre dans les ulcères septiques et tuberculeux. (*Practitioner*, fév.)

Urée, émie. — Quinquaud. De l'urée, étude clinique, physiologique et pathologique. (In-8°, 276 p., *Paris.*) — Della Torre. Nouvel uréomètre. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 8 fév.) — Moreigne. Considérations générales sur les uréomètres. (*J. de pharm.*, 1er avril.) — Leneveu. Accidents urémiques. (*Année méd. Caen*, 15 janv.) — Bohne. La rétention des chlorures dans l'organisme cause des états urémique et comateux. (*Fortsch. d. Med.*, 15 fév.) — Francis. L'urémie par anurie. (*Boston med. Journ.*, 8 avril.) — Thomson. Saignée dans l'urémie. (*Brit. med. j.*, 13 mars.) — Van Renssellaer. Saignée et injections salines dans l'urémie. (*Amer. j. of Obst.*, fév.)

Urètre. — Martinais. Traitement de l'urétrite chronique par les lavages antiseptiques de l'urètre. (*Thèse de Paris.*) — Banzet. Du choix des sondes urétrales pour le cathétérisme d'urgence. (*J. des Praticiens*, 30 janv.) — Guyon. Cathétérisme modificateur. (*Presse méd.*, 13 janv.) — Moty. Urètre périnéal supplémentaire chez l'homme. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 160.) — Melian. Imperforation de l'urètre chez un nouveau-né, opération, survie. (*N. Montpellier méd.*, 30 janv.) — Bangs. Les rétrécissements de l'urètre chez les jeunes gens. (*Med. Record*, 10 avril.) — Bazy. Rétrécissements traumatiques tardifs de la portion membraneuse. (*Presse méd.*, 13 fév., et *Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 64.) — Manganotti. L'électrolyse linéaire de Fort comparée aux diverses méthodes de traitement des rétrécissements perméables de l'urètre. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 36.) — Jonas. Cathétérisme rétrograde dans les rétrécissements profonds et imperméables de l'urètre. (*Med. Record*, 6 fév.) — Remy. Rétrécissement traumatique à l'âge de 15 ans, vessie ayant résisté à 3 ans de miction par regorgement, difficultés de l'urétrotomie externe, fistule urétro-rectale guérie par autoplastie d'un lambeau pris au rectum. (*J. de clin. inf.*, 28 janv.) — Rochet. Traitement des ruptures de l'urètre. (*L'abeille méd.*, 16 janv.) — Le Dentu et Pichevin. A propos de deux examens histologiques d'urétrocèle vaginale. (*La Semaine gyn.*, 19 janv.) — Bosse. Du cancer primitif de l'urètre chez l'homme et chez la femme. (*Thèse de Göttingue.*)

Urinaires (Voies). — Rochet et Jourdanet. Les incontinences d'urine de l'en-

Digitized by Google

fance, étude pathogénique et thérapeutique. (*Gaz. des hôp.*, 9 janv.) — Lavaux. Traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux. (*Ibid.*, 9 fév.) — Levison. Influence de quelques médicaments sur l'excrétion d'acide urique. (*Thèse de Bonn.*) — Mordhorst. Le développement et les modifications de l'excrétion urique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 65.) — Bidlot. Traitement de la diathèse urique. (*Le Scalpel*, 4 avril.) — Pavy. De la lactosurie. (*Lancet*, 17 avril.) — Greig. Fibrinurie. (*J. of path. and bact.*, III, p. 401.) — Roux. Le coli-bacille dans les voies urinaires. (*Méd. mod.*, 23 janv.) — Albarran. Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — White et Martin. Chirurgie génito-urinaire et maladies vénériennes. (*Londres.*) — Loumeau. Abcès urineux et rétrécissement urétral. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mars.) — Skene. Diagnostic et traitement des affections urinaires chez la femme. (*Amer. j. of Obst.*, mars.)

Urine. — Vieillard. L'urine humaine, urines normales, anormales pathologiques. (In-8°, *Paris.*) — Donetti. Les éthers sulfoconjugués de l'urine. (*Gaz. d. Osped.*, 14 fév.) — Benedict. Réactif de l'indican dans l'urine. (*Medicine*, fév.) — Cotton. Influence du formol sur le dosage des éléments de l'urine. (*Lyon méd.*, 17 janv.) — Bosc. Du degré et des caractères de la toxicité urinaire dans l'hystéro-épilepsie. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Bosc. De la toxicité urinaire comme moyen de diagnostic entre certains cas de spasmes tétaniques d'origine hystérique et le tétanos vrai. (*Ibid.*) — Poehl. La recherche du degré de l'immunité d'après l'analyse de l'urine. (*Wiener med. Woch.*, 23 janv.) — Sondern. Technique de l'analyse de petites quantités d'urine obtenue par le cathétérisme de l'uretère. (*N.-York med. j.*, 6 mars.) — Keen. Deux spécimens d'urine ; conservation parfaite au bout de 20 ans des tubes hyalins et des cylindres par le chloral. (*Med. Record*, 9 janv.) — Salkowski. La méthode Krüger-Wulff de dosage des corps alloxuriques dans l'urine. (*Deut. med. Woch.*, 1er avril.) — Bremer. L'éosine et le violet de gentiane pour l'analyse des urines normales et diabétiques. (*N.-York med. j.*, 13 mars.) — Tunnicliffe. Des urates solubles. (*Brit. med. j.*, 27 fév.) — Vannini. De l'urobilinurie. (Broch., *Bologne.*) — Giarré. Genèse de l'urobilinurie. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 14 janv., et *Riforma med.*, 1er fév.) — Saillet. De l'urobiline dans les urines normales. (*Rev. de méd.*, fév.) — Garrod. Origine du pigment jaune de l'urine. (*J. of phys.*, XXI, p. 190.) — Richter. Examen des urines dans deux cas d'atrophie jaune aiguë du foie syphilitique. (*Berl. klin. Woch.*, 10 août 1896.) — Anderson. Hématoporphyrine dans l'urine. (*Scottish med. j.*, fév.) — Bogomolow et Wassilieff. Le dosage qualitatif des peptones dans l'urine. (*Cent. f. med. Wiss.*, 16 janv.) — Denigés. Sur un cas d'alcaptonurie et sur un procédé rapide pour le dosage de l'alcaptone. (*J. de pharm.*, 15 fév.) — Barrie. La signification clinique des cylindres hyalins. (*Med. Record*, 23 janv.)

Urticaire. — Lemonnier. Un cas d'urticaire géante avec troubles du fond de l'œil ; vomissements incoercibles après la disparition de l'urticaire. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 280.) — Rona. De l'urticaire avec formation de pigment. (*Soc. derm. Berlin*, 2 fév.)

Utérus. — Livio. De l'innervation utérine. (*Accad. med. fis. Fiorentina*, 30 nov.) — De Vos. Etude de l'innervation de l'utérus par la méthode de Golgi. (*Semaine gynéc.*, 26 janv.) — Grusdew. Histologie de la trompe de Fallope. (*Cent. f. Gyn.*, 13 mars.) — Herbet. Varicocèle utéro-ovarien. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Roff. Examen histologique des érosions utérines.

Digitized by Google

(*Amer. j. of med. sc.*, janv.) — Leusden. Des cellules géantes sérotines et de leurs rapports avec la régénération des éléments cellulaires de l'utérus au point d'implantation du placenta. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 1.) — Zamazai. Un cas d'endométrite chronique ayant provoqué une névrose du cœur. (*Wiener med. Woch.*, 10 avril.) — Sheldon. Endométrite et métrite séniles. (*Medicine*, avril.) — Carnot. Tuberculose utérine. (*Soc. anat. Paris*, 12 mars.) — Cassan. L'airol appliqué au traitement des métrites. (*Thèse de Paris.*) — Cumston. Traitement de l'endométrite, hystéropexie abdominale. (*Med. News*, 10 avril.) — Pilliet. Le curetage de l'utérus. (*Tribune méd.*, 27 janv.) — Bonnifield. L'usage de la curette dans le traitement de l'endométrite. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 janv.) — Rosner. De la discision du col utérin. (*Cent. f. Gyn.*, 27 fév.) — Mars. Remarques sur cette méthode. (*Ibid.*) — Burrage. Absence congénitale de l'utérus et du vagin. (*Amer. j. of med. sc.*, mars.) — Carstens. De l'hystérectomie vaginale. (*Annals of Gyn.*, mars.) — Camescasse. Autour de l'hystérectomie vaginale. (*La méd. orient.*, janv.) — Beck. Nouvelle méthode d'hystérectomie. (*N.-York med. j.*, 16 janv.) — Saenger. De l'hystérectomie vaginale. (*Cent. f. Gyn.*, 23 janv.) — Dœderlein. Technique de l'extirpation totale, clamp ou ligature. (*Ibid.*) — Lauwers. Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie, abdominale à pédicule rentré. (*Presse méd. belge*, 14 mars.) — Gottschalk. De l'atrophie utérine à la suite de la castration. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 309.) — Burckhard. 50 cas d'extirpation totale de l'utérus par le procédé Doyen-Landau. (*Ibid.*, LIII, p. 382.) — Morgan. Hystérectomie totale. (*Austral. med. Gaz.*, 20 fév.) — Pfeiffer. Hystérectomie abdominale; ovariotomie double; guérison. (*Boston med. Journ.*, 11 fév.) — Segond. Le decubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale. (*Rev. de gyn.*, janv.) — Wilson. Causes de la mortalité et des complications dans l'hystérectomie vaginale. (*Birmingham med. review*, avril.) — Duncan. L'inflammation pelvienne chez la femme. (*Lancet*, 2 janv.) — Gardner. 3 cas d'hématome pelvien. (*Montreal med. j.*, janv.) — Lavisé. Contribution à l'étude de l'hématocèle pelvienne et de l'hématosalpinx. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Hue. Hématocèle rétro-utérine. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — Audebert. Annexites et curetage. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.)—Bégouin. Hématocèle vaginale énorme à surface bosselée. (*Ibid.*, 10 janv.) — Cittadini. Réveil aigu d'ovaro-salpingite ancienne à la suite d'un curetage utérin, abcès pelviens, incision vaginale et large dilatation utérine, guérison. (*J. méd. Bruxelles*, 18 fév.) — Noble. Incision et drainage de l'hématocèle suppurée. (*Amer. gyn. j.*, mars.) — Abbott. 30 cas d'affections pelviennes opérées. (*Ibid.*) — Doran. Ablation des tumeurs pelviennes suppurées, 2 cas. (*Lancet*, 23 janv.) — Fish. Doit-on laisser l'utérus en place dans l'ablation des annexes. (*Americ. j. of Obst.*, janv.) — Defontaine. Opérations pratiquées par la voie abdominale pour tumeurs et suppurations de l'utérus et des annexes. (*Centre méd.*, 1er fév.) — Cayre. Utérus double prolabé. (*Nord méd.*, 15 mars, p. 69.) — Lévy. Sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Leyy. Procédés opératoires contre l'antéflexion pathologique de l'utérus. (*Semaine gyn.*, 9 mars.) — Simoes. Des rétrodéviations mobiles, leur traitement par l'opération d'Alquié Alexander. (*Thèse de Paris.*) — Stratz. La question de la rétroflexion. (*Cent. f. Gyn.*, 3 avril.) — Jonnesco. Nouveau procédé de traitement de la rétrodéviation utérine. (*Ibid.*, 20 mars.) — Elischer. Opération de la rétroflexion utérine. (*Ibid.*, 13 mars.) — Gerich. Kolpeuryse intra-utérine. (*Ibid.*, 13 fév.) — Calmann. Technique de l'opération d'Alexander. (*Ibid.*, 30 janv.) — Edebohls. Raccourcissement des ligaments ronds, indications, technique, résultats. (*Amer. gyn. j.*, décembre 1896.) — Wayer. Le traitement des rétroflexions utérines. (*Allg.*

Digitized by Google

Wiener med. Zeit., 5 janv.) — MARTIN. La rétroversion de l'utérus. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 fév.) — KUESTNER. Traitement opératoire de la rétroversion. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 171.) — MEYER. Traitement des rétroversions. (*St-Petersb. med. Woch.*, 27 mars.) — TASTE. De l'inversion utérine. (*Thèse de Lyon.*) — BROWN. Inversion aiguë de l'utérus consécutive à une délivrance artificielle. (*Boston med. Journ.*, 11 fév.) — JORDAN. Traitement de l'inversion utérine. (*Glasgow med. j.*, janv.) — POUEY. Traitement de l'inversion utérine chronique par la traction élastique prolongée du col combinée à la propulsion du fond de l'utérus. (*Semaine gyn.*, 2 mars.) — CURRIER. Le prolapsus utérin chez les femmes âgées, sa cure radicale. (*Int. j. of surg.*, mars.) — KRAUSE. Prolapsus complet de l'utérus chez une nouveau-née, spina bifida. (*Cent. f. Gyn.*, 24 avril.) — BALLANTYNE et THOMSON. Prolapsus congénital de l'utérus, 2 cas. (*Amer. j. of Obst.*, fév.) — PETIT. A propos du traitement du prolapsus génital chez la femme. (*Semaine gyn.*, 2 fév.) — PETIT. Traitement du prolapsus génital chez la femme. (*J. de méd. Paris*, 28 fév.) — PETIT. Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. (*Soc. obst. Paris*, 4 janv.) — BALDY. Moyen de prévenir le prolapsus du vagin après l'hystérectomie abdominale. (*Americ. j. of Obst.*, janv.) — WESTPHAL. Prolapsus du rectum à la suite d'une opération pour prolapsus utérin total. (*Cent. f. Gyn.*, 30 janv.) — WALTON. Hystéropexie vaginale et grossesse. (*Belgique méd.*, 28 janv.) — CHOLMOGOROW. Sur la fixation de l'utérus avec le vagin et la vessie dans le prolapsus et rétrodéviation. (*Vratch*, 9 janv.) — IRISH. Ventro-suspension de l'utérus. (*Boston med. Journ.*, 18 fév.) — KUMMER. Hystérectomie totale chez une femme de 58 ans ayant un prolapsus utéro-vaginal complet avec cystocèle et rectocèle. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 664.) — RAIMONDI. Les kystes des ligaments larges. (*Thèse de Paris.*) — SÉBILEAU. Traitement des polypes de l'utérus. (*Gaz. méd. Paris*, 9 janv.) — LEGUEU et MARIEN. Des éléments glandulaires dans les fibro-myomes de l'utérus. (*Ann. de gyn.*, fév.) — KEIFFER. Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — MACÉ. De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. (*Thèse de Paris.*) — SIBUT. Note sur un cas de fibrome pédiculé du ligament large simulant une grosse salpingite. (*France méd.*, 22 janv.) — QUILLIAN. Opérations sus-pubiennes pour fibromes. (*Amer. j. of Obst.*, mars.) — ENGSTROM. Enucléation abdominale des myomes utérins. (*Finska lakar. handlingar*, XXXIX, p. 236.) — OVERZIER. Enucléation vaginale des myomes. (*Thèse de Bonn.*) — FLEISCHER. Du traitement du moignon intra-péritonéal pour les fibro-myomes utérins. (*Thèse de Greifswald.*) — DIRIART. Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale. (*Thèse de Paris.*) — FREUND. De l'hystérectomie totale par laparotomie, comme complément de la myomotomie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 133.) — SMITH. Diminution d'une tumeur fibreuse utérine par l'électricité. (*Amer. j. of Obst.*, fév.) — CHENEY. Traitement des tumeurs de l'utérus et des annexes compliquant la grossesse. (*Ibid.*, fév.) — COLMER. Rupture de l'utérus. (*Lancet*, 6 mars.) — PÉE. Rupture de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 27 mars.) — VITRAC. Epithélioma de l'utérus et fibrome. (*J. méd. Bordeaux*, 21 mars.) — BEGOUIN. Cancer du col de l'utérus avec traînées épithéliales interstitielles. (*Ibid.*, 7 fév.) — MONOD et CHABRY. Sur un cas de déciduome malin. (*Rev. de gyn.*, janv.) — LINDFORS. Cas de déciduome malin, suite de mole hydatide. (*Cent. f. Gyn.*, 9 janv.) — ULESKO-STROGANOWA. Néoformation maligne aux dépens des éléments des villosités choriales, déciduome malin. (*Ibid.*, 17 avril.) — ZELENSKI. Sur la complication de la grossesse et des choses par le cancer de l'utérus. (*Thèse de St-Pétersb.*) — CORNET. De l'évidement de l'utérus au thermo-cautère, valeur thérapeutique des interventions partielles dans les néoplasmes de l'utérus. (*Thèse de Lyon.*)

Digitized by Google

V

Vaccin. — Drouet. Instituts vaccinogènes et variole, études statistiques portant principalement sur la ville de Lyon. (*Thèse de Lyon.*) — Jasiewicz. Résultat de revaccinations en 1895 et 1896 dans les écoles de Saint-Ouen. (*J. méd. Paris*, 7 fév.) — Bell. La vaccination doit-elle être rendue obligatoire par une loi? (*J. Americ. med. Ass.*, 9 janv.) — Lemoine. Influence de la chaleur sur la richesse microbienne et sur la virulence de la pulpe vaccinale glycérinée. (*Soc. de biol.*, 27 mars.) — Voigt. De la sérothérapie vaccinale. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 16 janv.) — Voigt. Etat actuel de la sérothérapie de la vaccine. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 1072.) — Landmann. Idem. (*Ibid.*, p. 1073.) — Salmon. Sur l'infection dans la vaccine et la variole. (*Soc. de biol.*, 30 janv.) — Braidwood. Accidents consécutifs à la vaccination. (*Lancet*, 24 avril.) — Pusey. Dermatite herpétiforme consécutive à la vaccination. (*J. of cutan. dis.*, avril.) — Rinuy. De la vaccine généralisée. (*Thèse de Paris.*) — Vignal. Psoriasis vaccinal. (*Thèse de Lyon.*) — Berlioz. Les théories de l'immunité. (*Dauphiné méd.*, fév.) — Lustig. La transmission héréditaire de l'immunité acquise. (*Gaz. d. Osped.*, 7 mars.) — Maksutow. Des rapports de l'immunité naturelle et de l'immunité artificielle. (*Cent. f. Bakt., Erste Abth.*, XXI, p. 331.) — Sacharoff. Du rôle du fer dans les mouvements et les dégénérescences cellulaires et l'action bactéricide du sérum immunisant. (*Ibid.*, XXI, p. 265.)

Vagin. — Latouche. Absence congénitale du vagin. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 263.) — Popoff. Un cas rare de sténose acquise du vagin. (*Ann. de gyn.*, janv. et *Semaine gyn.*, 2 mars.) — Wilson. Atrésie du vagin. (*Med. Record*, 13 fév.) — Orlow. Rétrécissement annulaire du tiers inférieur du vagine consécutif à un accouchement. (*Vratch*, 30 janv.) — Sibut. Cas de vagin double et d'utérus didelphe. (*France méd.*, 8 janv.) — Lewers. Utérus double avec hématomètre double, absence complète de vagin. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVIII, p. 327.) — Weber. La péri-vaginite phlegmoneuse disséquante. (*Ann. de gyn.*, fév.) — Davis. Trichomonas vaginalis. (*Chicago med. recorder*, oct. 1896.) — Rohde. Du cancer primitif du vagin. (*Thèse de Halle.*)

Varicelle. — Bolognini. Staphylococcie varicelleuse. (*Pediatria*, mars.)

Variole. — V. Duering. Mortalité par la variole à Constantinople. (*Deut. med. Woch.*, 28 janv.) — Coupland. Statistiques de variole. (*Lancet*, 20 fév.) — Das. Variole et vaccination. (*Calcutta.*)

Veine. — Della Rovere. Sur les fibres élastiques des veines superficielles des membres. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 196.) — Waldeyer. De la disposition normale des veines au pli du coude. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1072, 30 nov. 1896.) — Robineau. Bifurcation de la veine poplitée. (*Soc. anat. Paris*, 5 fév.) — Hill et Sequeira. Effets de la pression veineuse sur le pouls. (*J. of phys.*, XXI, p. 147.) — Pilliet. Sur la structure de la paroi des veines variqueuses. (*Soc. de biol.*, 27 fév.) — Rohrbach. Du ramollissement céré-

Digitized by Google

bral après la ligature isolée de la veine jugulaire interne. (*Thèse de Tubingen.*) — Nicolle et Robineau. Phlébite de la veine jugulaire externe et endocardite mitrale. (*Normandie méd.*, 15 fév.) — Lebesgue. Plaie de la veine fémorale au niveau du triangle de Scarpa. Ligature; guérison. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.)

Venin. — Davidson. Morsures d'araignées et leur traitement. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.)

Vessie. — Morro et Gaebelin. Du pouvoir de résorption de la vessie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 12.) — Krebs. Deux cas de cystoscopie. (*Vratch*, 9 janv.) — Guyon. Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Guyon. Sur les causes des grandes hématuries. Des hématuries pendant la grossesse. (*J. de méd. et de chir. prat.*, 10 fév.) — Guyon. La cystite et les calculs de la vessie. (*Bull. méd.*, 7 avril.) — Guépin. Cystites douloureuses et fausses cystites. (*Tribune méd.*, 14 avril.) — Guyon. Cystite douloureuse chronique, traitement chirurgical. (*L'Abeille méd.*, 2 janv.) — Ramond. Nouveau traitement des cystites tuberculeuses par des injections intra-vésicales d'air stérilisé. (*Bull. méd.*, 3 fév.)—Noguès. Néoplasme vésical infiltré, hématuries peu abondantes ne survenant que tardivement. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Noguès. 2 cas de troubles digestifs graves consécutifs à une infection vésicale, amélioration rapide par les lavages au nitrate d'argent. (*Ibid.*) — Guyon. Traitement des cystites tuberculeuses. (*Bull. méd.*, 31 fév.) — Pasteur et Debains. Péricystite aggravée guérie par le drainage périnéal, coloration anormale de l'urine. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Hornez. De la vessie dans l'état puerpéral. (*Thèse de Lille.*) — Otis. Diagnostic des calculs vésicaux. (*J. of cutan. dis.*, fév.) — Keegan. Les calculs de la vessie. (*Lancet*, 9 janv.) — Le Fur. 3 cas de lithotritie. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Alexander. 4 cas de calculs vésicaux enlevés par litholapaxie avec anesthésie locale. (*N. York med. j.*, 30 janv.) — Carlier. De la ponction sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine. (*Écho méd. Nord*, 7 mars.) — Sandoz. Cystostomie sus-pubienne pour infiltration urinaire due à un rétrécissement de l'urètre. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 499.) — Bernay. Cystostomie sus-pubienne. (*Lyon méd.*, 24 janv.) — Tchernianzki. Trois cas de cystotomie sus-pubienne. (*Trav. de la Soc. méd. du Caucase*, n° 6.) — Romm. Technique de la taille sus-pubienne avec suture vésicale. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLIV, p. 572.) — Archangelskaia. Cinquante cas de cystotomie sus-pubienne dans la clientèle rurale. (*Vratch*, 9 janv.) — Alberti. Création d'une fistule vésicale oblique de Witzel. (*Berl. klin. Woch.*, 7 sept. 1896.) — Bruny. De la colpotomie antérieure comme opération préalable à la restauration des grandes pertes de substances vésico-vaginales et des fistules utéro-vaginales. (*Thèse de Lyon.*) — Brown. Distension de la vessie par l'air après une taille sus-pubienne. (*Ann. of surg.*, fév.) — Hollaender. Blessures de la vessie dans la laparotomie. (*Berlin. klin. Woch.*, oct. 1896.) — Fargues. Sur la cystocèle crurale. (*Thèse de Nancy.*) — Gersuny. Opération de la cystocèle vaginale. (*Cent. f. Gyn.*, 20 fév.) — Pozzi. Sur un cas d'exstrophie de la vessie et sur une modification de la méthode autoplastique. (*Ann. mal. org.gén. urin.*, janv.) — Harrison. Exstroversion de la vessie traitée par la néphrectomie gauche et l'implantation de l'uretère dans la région lombaire. (*London med. Soc.*, 12 avril.) — Cuff. Rupture pathologique de la vessie, opération, guérison. (*Lancet*, 6 fév.) — Mauny. Taille sus-pubienne pour corps étranger de la vessie chez l'homme. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 172.) — Guyon. Sur les néoplasmes infiltrés

Digitized by Google

de la vessie. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Dufour. Tumeur papillomateuse de la vessie, cystostomie. (*La clin. Bruxelles*, 18 fév.) — Solomin. Lésion amyloïde locale et circonscrite de la vessie. (*Prager med. Woch.*, 7 janv.) — Dibbern. Un cas de sarcome primitif de la vessie. (*Thèse de Greifswald.*) — Duevelius. Etude histologique sur le cancer de la vessie. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Duplant. Cancer de la vessie et des corps caverneux. (*Lyon méd.*, 28 fév.) — Loumeau. Taille sus-pubienne médio-latérale pour tumeur de la vessie. (*J. méd. Bordeaux*, 14 fév.)

Vin. — Thézée. De l'action du vin sur les vases en zinc. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 137.)

Vitiligo. — Danlos. Vitiligo avec taches d'aspect insolite et érythème induré. (*Ann. de derm.*, VII, p. 1444.)

Vomissement. — Dirmoser. Vomissements incoercibles de la grossesse (*Wiener med. Woch.*, 20 fév.) — Demelin. Quelle conduite tenir en présence d'une femme enceinte qui a des vomissements. (*J. des Praticiens*, 6 fév.)

Z

Zona. — Asch. Etiologie du zona. (*L'indépend. méd.*, 24 mars.) — Duméry. Du zona ophtalmique et de ses manifestations graves. (*Thèse de Lyon.*) — Rouher. Zona prémonitoire de la tuberculose. (*Thèse de Paris.*) — Giraudeau. Du zona dans la convalescence de la pneumonie. (*Semaine méd.*, 31 mars.) — Cantrell. Apparition d'un zona et de la syphilis chez le même sujet. (*Med. Record*, 30 janv.) — Eccles, Cripps, Browne, Axford. Apparition de zona sous le genou. (*Brit. med. j.*, 2 janv.)

Digitized by Google

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Recueillies et publiées par les Drs Maurice Cazin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, et S. Clado, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu. Première série. (Un volume in-8° de IV-401 pages, avec figures dans le texte.) — Prix : 7 francs.

Précis de bactériologie clinique, par R. Wurtz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition. (Un volume in-16 diamant, avec tableaux synoptiques et figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, tranches rouges.) — Prix : 6 francs.

Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'École de médecine d'Arras, membre correspondant de la Société de médecine de Paris. (Un volume in-8° avec 14 planches hors texte.) — Prix : 7 francs.

L'Œuvre médico-chirurgicale. Dr Critzman, directeur. — N° 1 : *De l'appendicite*, par le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Une brochure in-8°.) — Prix : 1 fr. 25.

L'Hygiène de l'obèse, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et A. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. (Un volume in-16 de XXIV-344 pages, de la *Bibliothèque d'hygiène thérapeutique*, cartonné toile, tranches rouges.) — Prix 4 francs.

Les Poisons de l'organisme; poisons des tissus, par A. Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, directeur adjoint du laboratoire de pathologie générale, assistant au Collège de France, vice-président de la Société de biologie. (Un volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs.

Manuel de pathologie interne, par G. Dieulafoy, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. 10e édition, revue et augmentée. (4 volumes in-16 diamant, avec figures en noir et en couleurs, cartonnés à l'anglaise, tranches rouges.) — Prix : 28 francs.

Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de MM. J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; J. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et A.-B. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux. (5 volumes grand in-8° avec figures dans le texte, en souscription.) — Prix : 90 francs.

Le *Traité des maladies de l'enfance* sera publié en 5 volumes qui paraîtront à des intervalles rapprochés. Chaque volume sera vendu séparément, et le prix en sera fixé selon l'étendue des matières.

Il est accepté des souscriptions au *Traité des maladies de l'enfance* à un prix à forfait, quels que soient l'étendue et le prix de l'ouvrage complet. Ce

Digitized by Google

prix est quant à présent et jusqu'à la publication du tome II, fixé à 90 francs.

L'Hygiène du neurasthénique, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. (Un volume in-16 de la *Bibliothèque d'hygiène thérapeutique*, cartonné toile, tranches rouges.) — Prix : 4 francs.

Les Cures thermales, par G. Delfau, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume in-16 de la *Bibliothèque d'hygiène thérapeutique*, cartonné toile.) — Prix : 4 francs.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Affections chirurgicales des organes génito-urinaires ; clinique et thérapeutique, par le Dr Alfred Pousson, professeur agrégé, chargé du cours des maladies des voies urinaires, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, membre correspondant national de la Société de chirurgie de Paris, vice-président de l'Association française d'urologie. Précédé d'une préface de M. le professeur Guyon. (Un volume in-8° de 366 pages, broché.) — Prix : 8 francs.

Toxicologie africaine : Étude botanique, historique, ethnographique, chimique, physiologique, thérapeutique, pharmacologie, posologie, etc., sur les végétaux toxiques et suspects propres au continent africain et aux îles adjacentes, par le Dr A.-T. de Rochebrune, docteur en médecine, assistant au Muséum, ancien interne des hospices civils et militaires, ancien chirurgien aide-major (Volontaire 1870-1871), ancien médecin colonial à Saint-Louis (Sénégal), lauréat de la Faculté de médecine de Paris et de l'Institut, officier de l'Instruction publique, etc. Précédé d'une préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, etc. Avec 5,000 figures dans le texte, par M. Charles Richard, professeur de dessin aux écoles de la Ville, préparateur au Muséum. 3e fascicule. (Un volume in-8° de 191 pages et de 75 figures dans le texte.) — Prix : 5 francs.

L'ouvrage sera complet en 18 fascicules formant 3 beaux volumes.

Étude clinique sur le dynamisme psychique, par le Dr Henri Aimé. (Un volume in-8° de 256 pages.) — Prix : 4 francs.

Le Massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, par le Dr Juventin (de Nice), lauréat de l'Académie de médecine. (Une plaquette in-12 de 83 pages.) — Prix : 1 fr. 50.

Traité de radiographie médicale et scientifique (Cours libre professé à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, deuxième semestre 1896-97), par le Dr Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques, ès sciences naturelles, en droit, ancien élève de l'École pratique des Hautes-Études, secrétaire de la section d'électricité du Comité français aux expositions à l'étranger. Avec une préface de M. le Dr A. d'Arsonval, membre de l'Institut, professeur au Collège de France. (Un volume in-8° de 464 pages avec 176 figures dans le texte.) — Prix : 10 francs.

Traité d'hygiène publique et privée, par Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, membre de l'Académie de médecine, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, grand officier de la Légion d'honneur. (Un volume grand in-8° de plus de 1000 pages avec 117 figures dans le texte.) — Prix : 15 francs.

Manuel de diagnostic chirurgical, par Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; E. Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris, et A. Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Un beau volume in-18° de 812 pages, relié en peau souple, avec 63 figures tirées en couleur.) — Prix : 12 francs.

Digitized by Google

Le 2e fascicule (512 pages et 50 figures) qui complète l'ouvrage, se vend broché séparément. — Prix : 6 francs.

Formulaire de poche de thérapeutique clinique, par le Dr André Pauly. (Un volume petit in-18, relié peau pleine, de 332 pages.) — Prix : 4 francs.

Travail du laboratoire de la polyclinique H. de Rothschild. — Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés et l'emploi raisonné du lait stérilisé, par Henri de Rothschild, ancien moniteur d'accouchement à la Charité, externe des hôpitaux. (Un volume in-8° de 152 pages, avec 45 tracés en 2 couleurs dans le texte.) — Prix : 3 francs.

Librairie **J.-B. Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Leçons clinique sur les maladies des voies urinaires : Séméiologie, diagnostic, pathologie et thérapeutiques générales, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Troisième édition revue et augmentée. (3 volumes grand in-8° de 1800 pages, avec figures et planches.) — Prix : 37 fr. 50.

Séparément tome III : *Cathétérisme, antisepsie, anesthésie.* (Un volume in-8° de 650 pages. Vient de paraître.) — Prix : 12 fr. 50.

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Avec la collaboration de MM. Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclaire, Morestin, Nimier, Pichevin, Ricard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson, Villar. (10 volumes in-8° de 800 pages chacun illustrés de figures.) — Prix de chaque volume : 12 francs.

Mise en vente des tomes IV et V :

Tome IV : *Maladies des nerfs, des artères, des veines, des lymphatiques, du crâne, du rachis et de la moelle.* (Un volume grand in-8° de 992 pages, avec 101 figures.) — Prix : 12 francs.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Broussais. (10 volumes in-8° de 800 pages chacun illustrés de figures.) — Prix de chaque volume : 12 francs.

En vente : Tomes I et II. *Maladies microbiennes et parasitaires.* — Tome III. *Intoxications. — Affections constitutionnelles. — Affections de la peau.* — Tome IV. *Affections du tube digestif, du péritoine et des organes génitaux de la femme.* (Un volume grand in-8°.) — Prix : 12 francs.

Thérapeutique du paludisme, par F. Burot et M.-A. Legrand, médecins principaux de la marine. (Un volume in-16 de 186 pages, cartonné.) — Prix : 3 fr. 50.

Anatomie et chirurgie de la vessie chez l'enfant (taille et lithotritie), par le Dr Mayet. (Un volume grand in-8° de 220 pages avec figures, 1897.) — Prix : 5 francs.

L'Infanticide, par le Dr Brouardel. (Un volume in-8° de 402 pages avec 2 planches coloriées et 14 figures.) — Prix : 9 francs.

Chirurgie des centres nerveux, par le Dr Glantenay, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. (Un volume in-16 de 300 pages, avec 30 figures, cartonné en toile souple.) — Prix : 5 francs.

Digitized by Google

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

La Puberté chez la femme : Étude physiologique, clinique et thérapeutique, par les Drs Ch. Barbaud, médecin de la Société des gens de lettres, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, officier de l'Instruction publique, membre correspondant des Sociétés anatomique et clinique de Paris. et Ch. Lefèvre, ancien interne des asiles de la Seine, ancien préparateur à la Faculté de médecine, lauréat de la Faculté de médecine, médecin de la Société des gens de lettres. (Un volume in-18.) — Prix : 4 francs.

Essai sur la nature intime et le traitement de l'épilepsie, par le Dr Dimetropoli.

Librairie **Georges Carré** et **C. Naud**, 3, rue Racine, Panis.

Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil, par le Dr Georges Laurens, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles. (Un volume in-8° raisin de 176 pages.) — Prix : 5 francs.

Anatomie pathologique : Cœur, vaisseaux, poumons, par Maurice Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. (Un volume grand in-8° jésus de 450 pages, avec 102 figures noires et en couleurs.) — Prix : broché, 22 francs; cartonné, 25 francs.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'École-de-Médecine, Paris.

Formulaire clinique d'électrothérapie spéciale et appliquée avec un aperçu d'électro-diagnostic, par le Dr A. Massy, ex-chef adjoint de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, etc.

Féret et **fils**, Bordeaux.

Chirurgie des voies urinaires; études cliniques, par le Dr E. Loumeau. (2e volume avec planches.) — Prix : 6 francs.

William f. Clay, Edimbourg.

Reports from the laboratory of the Royal College of physician Edinburgh edited by Batty Tuke et Noel Paton. (Vol. VI.)

Luis Tasso, Barcelone.

Dr J. Tarruella. *Sobre la urobilinuria.*

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 3.7.97.

Digitized by Google

SOMMAIRE DU N° 4

TOME L

ANATOMIE.

Système nerveux, *Marinesco*, 401; *Sherrington*, *Smith*, *Gabri*, 402; *Juschtschenko*, *Dogiel*, 403. — Nerfs des lymphatiques, *Dogiel*, 404. — Nerf dentaire, *Morgenstern*; centrosome, *d'Erlanger*, 405. — Hypocorde, *Frank*; épithélium, *Cohn*, 406. — Epiderme, *Kromayer*; vésicule ombilicale, *Duval*; crâne, *Maggi*; glandes, *Mueller*, 407. — Glandes salivaires, *Krause*, 408. — Thyroïde, *Tourneux*, *Verdun*, 409. — Mamelle, *Szabo*, *Kallius*; utérus, *Kieffer*, 410; *Mauclaire*, 411. — Testicule, *Regaud*, 411. — Ligament du pied, *Ruotte*, 412.

PHYSIOLOGIE.

Système nerveux, *Shaw*, *Thompson*, 412; *Mannelli*, *Morat*, 413; *de Cyon*, *Muskens*, 414. — Sang et cœur : *Stewart*, *Hamburger*, *Bugarszky*, *Tangl*, 415; *Eykman*, *Kœppe*, 416; *Schauman*, *Rosengvist*, *Mott*, *Halliburton*, *Fano*, *Bottazzi*, 417; *Hill*, *Barnard*, *Stefani*, 418; *Brodie*, *Russell*, *Hill*, *Barnard*, *Sequiera*, 419; *Schupfer*, *Magnanini*, 420; *Knoll*, *Fuchs*, 421. — Respiration, *Smith*, *Haldane*, *Zuntz*, *Lœwy*, *Gendre*, 422; *Hamburger*, *Buedinger*, *Heller*, *Mager*, *Schroetter*, 423; *Kuthy*, *Bottazzi*, *Ducceschi*, 424. — Muscle, *Bernstein*, *Hering*, 425; *Bickel*, *Ewald*, *Brodie*, *Richardson*, 426. — Canaux circulaires, *Kœnig*, *de Cyon*; œsophage, *Kronecker*, *Luescher*, 427. — Appareil digestif : *Schneyer*, *Puschkin*, 428; *Petrow*, *Simonowitch*, *Luescher*, *Bizzozero*, *Sacerdoti*, 429; *Seegen*, *Moore*, *Rockwood*, 430; *Reid*, *Barratt*, 431. — Capsules surrénales, *Gourfein*, 431; *Biedl*, *Vincent*, 432; *Moore*, 433. — Goût, *Hofmann*, *Bunzel*, 433. — Thyroïde, *Schoendorff*, *Katzenstein*; vessie, *Morro*, *Gœbelin*, 434; anus, *Arloing*, *Chantre*, 435.

Digitized by Google

CHIMIE MÉDICALE.

Substances protéiques, *Wroblewski*, 435; *Storch*, *Spitzer*, 436; *Marcuse*, 437. — Carbone, *Young*; acides de l'estomac, *Chiaruttini*, 437; *Strauss*, *Ruata*; rouges de l'urine, *Rosin*; bacilles dans l'urine, *Smith*, 438. — Sucre, *Pflueger*; pigments, *Garrod*; nitrogène, *Veraguth*, 439. — Acide urique, *Mordhorst*; urobiline, *Harley*, 440. — Urée, *Mannelli*, *Giudice*, *Novi*; urates, *Tunnicliffe*; anémie, *Ruttan*, *Adami*, 441. — Respiration, *Robin*, *Binet*; menstruation, *Keller*; fer du foie, *Lapicque*, 442. — Hémoglobine, *Gaule*; lait, *Vaudin*; cérumen, *Lannois*, *Marty*, 443. — Fèces, *Cremer*, *Neumayer*; putréfaction, *Luzzatto*, 444.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Système nerveux, *Lapinsky*, 444; *Ceni*, 445; *Lugaro*, *Tirelli*, *Nonne*, 446; *Flatau*, *Fleming*, 447. — Muscle cardiaque, *Gourwitch*, *Hasenfeld*, *Romberg*, 448. — Artérites, *Brault*, 449; *Suter*, 450. — Nerfs craniens, *Westphal*; cancer, *Gould*, 451. — Lymphadénie, *Weber*; rage, *Sabrazès*, *Chabannes*, 452. — Lésions du poumon, *Boulatow*, *Ogl*; foie sénile, *Tonnel*, 453. — Néphrites, *Klippel*; diabète, *Burghart*; rhizopodes, *Leyden*, *Schaudinn*, 454. — Peste, *Nepveu*, 455. — Malformations, *Broca*, *Lenoir*, *Joachimsthal*, 455; *Posternak*, 456.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Traité, *Wurtz*, 458. — Toxines et bactéries, *Claude*, 456; *Lajugée*, *Klecki*, 457; *Schenk*, 458; *Simond*, 459; *Sanguinetti*, *Scheurlen*, 460; *Buchner*, 461. — Tuberculose, *Niemann*, 461; *Lannelongue*, *Achard*, *Koch*, 462; *Letulle*, *Péron*, *Auclair*, *Auld*, 463. — Diphtérie, *Salomonsen*, *Madsen*, 464; *Cobbeth*, *Teissier*, 465. — Typhoïde, *Kalinine*, *Malvoz*, 466; *Widal*, *Sicard*, *Richardson*, 467; *Widal*, 468; *Gordon*, 469; choléra, *Salimbelli*; tétanos, *Kanthack*, *Connel*, 469; *Marie*, 470. — Fièvre jaune, *Sanarelli*, *Havelburg*, 470. — Erysipèle et staphylococcie, *Lemcke*, *Koch*, *Petruschky*, *Roger*, *Josué*, 473; *Molodowski*, *Solowiew*, 474; *Bordet*, 475; *Pierallini*, 476. — Vaccine, *Salmon*; rage, *Pottevin*, 477. — Oreillons, *Michaelis*, *Bein*; thyroïde, *Vassale*, *Generali*, 478; *Goldberg*, *Baracz*, 479.

Digitized by Google

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Action des médicaments, *Plottier*, *Scheurlen*, *Paul*, *Krœnig*, 470. — Holocaïne, *Guttmann*, *Derby*, *Winselmann*, *Silex*, 481. — Santonine, *Monaco ;* lysidine, *Goodbody*, 482. — Cordol, *Dassonville;* amyloforme, *Classen*, *Longard;* érgotinol, *Abel*, 483. — Nutrose, *Bornstein ;* huiles, *Lœwenthal ;* formaldéhyde, *Benedicenti*, 484. — Glutol, *Gottstein ;* nitriles, *Makgill*, *Mavrogordato*, 485 ; *Heymann*, *Masoin*, 486. — Fer, *Gellhorn ;* cuivre, *Brandl*, 486. — Calomel, *Ottolenghi*, 487. — Empoisonnements : *Aufrecht*, *Valude*, *Giessler*, 488 ; *Matignon*, *Mingazzini*, *Buglioni*, *Barnes*, *Duncan*, 489 ; *Stern*, *Geill*, *Lewin*, 490 ; *Rugo*, *Haberda*, *Carbone*, *Tirelli*, 491 ; *Finkelstein*, *Delage*, *Michael*, *Wachholz*, *Richter*, 492.

THÉRAPEUTIQUE.

Altitudes, *Regnard*, 494 ; *Lœvy*, *Kündig*, 495. — Tuberculose, *Chaplin*, *Tunnicliffe*, *Schrœden*, *King*, *Ames*, *Cooke*, *Harnett*, 496. — Antipyrétiques, *Wyss*, 497. — Lavements, *Barbera*, 498 ; *Deucher*, 499. — Cardiopathie, *Hirschfeld*, 499. — Diphtérie, *Northrup*, *O'Dwyer*, *Holt*, *Adams*, 499 ; *Massol*, *Cérenville*, *Sutter*, 500. — Typhoïde, *Steele*, *Wright*, *Semple*, *Pope ;* goitre, *Owen*, 501 ; *Cohen*, *Dieballa*, *Illyes*, 502. — Diabète, *Lenné*, *Roberson*, *Munson*, 503. — Rhumatisme : *Haig*, 504 ; *Armstrong*, *Lemoine*, *Galliard*, 505. — Chlorose, *Klein ;* albuminurie, *Harrisson*, 508. — Dysenterie, *Bosc*, *Vedel ;* nutrose, *Oppler ;* pyramidone, *Lépine*, *Legendre*, 507. — Mal d'Addison, *Schilling ;* sclérose, *Kleist*, 508. — Scarlatine, *Rappapart*, *Weisbecker ;* glandes, *Howell*, *Kinnicutt ;* ataxie, *Chipault*, *Gilles*, 509. — Peste, *Cantlie*, 510. — Hémostase, *Reverdin ;* ponction lombaire, *Wilms ;* cancer, *Snow*, 511. — Serpents, *Calmette*, *Keatinge*, *Ruffer*, 512.

HYGIÈNE.

Comité de France, 513. — Société allemande, 515. — Statistiques, 517. — Démographie, *Schmid*, *Gache*, *Billings*, *Maurel*, *Mosse*, *Jeannot*, *Berlioz*, 519 ; *Aigre*, 520 ; *Janssens*, 521. — Secours aux blessés, *Strassmann*, *Frank*, *Esmarch*, *Meyer*, *Colin*, *Voisin*, 522. — Maladies professionnelles, *Wegner*, 525, 526 ; *Sommerfeld*, 527 ; *Drzniewitch*, 528 ; *Oberthur*, *Stadelmann*, *Sprenger*, 529 ; *Eyff*, 530 ; *Thorel*, *Palozzi*, 531. — Eau, *Ahlfeld*, *Alpers*, 532 ; bains, *Baginsky ;* vêtements, *Rubner*, 533. — Phtisie, *Knoff ;* peste bovine, *Koch*, 535.

Digitized by Google

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux : *Wood*, 536 ; *Smith*, *Murat*, 537 ; *Burr*, *Allan*, *Mantle*, 538 ; *Elder*, 839 ; *Clarke*, 540 ; *Struempell*, *Davidson*, 541 ; *Molliere*, *Perret*, *Quincke*, *Krewer*, 542 ; *Jendrossik*, *Mann*, 543 ; *Muchin*, *Kelly*, *Luzenberger*, 544 ; *Eulenburg*, *Stein*, *Pugliese*, *Milla*, 545 ; *Pugliese*, *Katwinkel*, *Brissaud*, 546 ; *Joelson*, *Miura*, 547. — Maladies des vaisseaux : *Mackenzie*, *Geigel*, 547 ; *Chauffard*, *Mathieu*, *Larrier*, *Bell*, 548 ; *Bresler*, *Moullin*, *Ewart*, 549. — Maladies des voies respiratoires : *Blanquinque*, *Merklen*, *Troisier*, 550 ; *Koll*, 551. — Maladies de l'appareil digestif : *Reineboth*, *Goldschmidt*, 551 ; *Hayem*, *Treub*, *Doyen*, *Kennan*, 552 ; *Macphedran*, *Graham*, 553 ; *Perret*, *Desoil*, 554 ; *Strauss*, *Achard*, *Castaigne*, 555 ; *Forrest*, *Bard*, 556 ; *Achard*, *Castaigne*, *Schmidt*, 557. — Typhoïde : *Johnston*, *Mac Taggart*, *Courmont*, 557 ; *Fraenkel*, *Rochemont*, *Sigert*, *Gruenbaum*, *Oordt*, 558 ; *Giraud*, *Remlinger*, *Scheffer*, *Stern*, *Kuehnau*, *Blumenthal*, 559. — Maladies du sang : *Castaigne*, *Isaac*, 561 ; *Ewald*, *Nakarai*, *Gumprecht*, 562. — Scarlatine, *Seitz*, *Lindsay*, 563. — Rhumatisme, *Steiner*, *Barjon*, *Harris*, *West*, 564. — Peste, *Wilm*, 565 ; *Childe*, *Cantlie*, 567 ; *Abel*, *Ogata*, 568 ; *Zabolotny*, 570. — Paludisme, *Jancso*, *Rosenberger*, *Laveran*, 570. — Septicémie, *Babes* ; chlorose, *Salmon* ; goutte, *Luff*, 571. — Goitre, *Williamson* ; pigment, *Jeanselme*, *Papillon*, 572. — Lithiase, *Dieulafoy* ; insolation, *Sickel*, 573.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Fistules, *Boden* ; métrite, *Mundé*, 574. — Salpingites et annexites, *Lewers*, *Jocet*, 575 ; *Mac Ardle*, *Segond*, 576 ; *Gessner*, *Segond*, 577. — Fibrome et cancer : *Chrzanowsky*, *Ozenne*, 578 ; *Bractz*, *Knauss*, *Camerer*, *Olshausen*, 579 ; *Pantaloni*, 580. — Maladies de l'ovaire, *Pozzi*, *Beaussenat*, 580. — Grossesse et accouchements : *Hofmeier*, *Maygrier*, *Ahlfeld*, 581 ; *Koestlen*, 682 ; *Schaeffer*, 583 ; *Routh*, *Peaudecerf*, 584 ; *Maire*, *Gottschalk Knapp*, 585 ; *Spence*, *Fochier*, *Knorr Strassmann*, *Herff*, 586 ; *Eden*, *Charpentier*, 587 ; *Schwab*, *Forman*, 588 ; *Vahle*, 589. — Eclampsie, *Bar*, *Guyesse*, *Amillet*, 590. — Fièvre puerpérale, *Polak*, *Hirst*, *Norris*, *Shoemaker*, *Davis*, *Baldy*, *Shober*, 591 ; *Cullingworth*, *William*, 593. — Grossesse extra-utérine, *Paquy*, 593 ; *Rosenthal*, *Ayers*, *Taylor*, 594.

Digitized by Google

MALADIES DES ENFANTS.

Nutrition, *Jaworski*, 595. — Lésions nerveuses, *Carr*, 596 ; *Pasteur*, *Spiller*, *Bloch*, 597 ; *Sick*, *Saenger*, 598. — Affections du poumon et des vaisseaux, *Enouf*, *Comby*, *Vogt*, 598 ; *Rolleston*, *Herringham*, *Orlowski*, 599. — Maladies du tube digestif, *Sonnenberger*, *Railton*, *Pittal*, 600 ; *Martin*, *Haic*, 601 ; *Bernhard*, *Dupeu*, *Guinon*, 602 ; *Karewski*, 603 ; *Pearson*, *Littlewood*, 604 ; *Goodale*, *Henschen*, 605 ; *Gœnner*, *Heubner*, *Arrault*, *Sabrazès*, *Chabannes*, 606 ; *West*, *Walton*, *Stooss*, 607 ; *Postnikow*, *Lokwood*, *Jones*, 608.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Dermatites, *Saurain*, *Colombini*, 609 ; *Wannemacker*, *Risso*, *Savill*, *Augagneur*, 610. - Sclérodermie, *Besnier*, *Hallopeau*, *Darier*, *Gastou*, *Brissaud*, 611 ; *Magoudeau*, 612 ; *Mibelli*, *Perrin*, *Leistikow*, 613. — Eczéma, *Gaucher*, *Leredde*, *Maclennan*, *Waldo*, 614. — Epithéliomes, *Bernard*, *Fillion* ; xanthome, *Colombini*, 615. — Dermite, *Balzer*, *Griffon*, *Hallopeau*, *Weill*, *Meneau*, *Secchi*, 616. — Alopécie, *Berliner* ; purpura, *Guicciardi* ; lèpre, *Gouvea*, *Audry*, 617 ; *Grossmann* ; lupus, *Filetti*, *Mensa*, *Butte*, 618. — Exanthèmes médicamenteux, *Lavallée*, *Moutard*, *Unna*, 619. — Syphilis : *Tarassevitch*, *Wallet*, *Schwanhard*, *Piatot*, *Cestan*, 620 ; *Braslawski*, *Milon*, *Laurent*, 621 ; *Boyer*, *Fraleu*, *Laporte*, *Sibut*, 622 ; *Colombini*, *Simonelli*, *Leistikow*, *Varet*, *Majocchi*, 623 ; *Giovanni*, *Kamberg*, *Bœck*, 624 ; *Colombini*, 625. — Blennorragie, *Chauffard*, 625 ; *Robert*, *Stoyantchoff*, *Mejia*, 626 ; *Colombini*, *Lévy*, *Bennecke*, *Werner*, 627.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Alcoolisme, *Surmont*, *Delval*, *Pauly*, *Bonne*, 628 ; *Reinhold*, 629. — Aliénation, *Schultze*, *Marie*, *Robinson*, 629 ; *Achard*, *Soupault*, *Montyel*, *Bucelli*, 630 ; *Amaldi*, *Perugia*, *Rauschoff*, *Konosewitch*, 631 ; *Hoch*, 632. — Epilepsie, *Féré*, *Voisin*, *Hauser*, *Ballet*, *Andriezen*, 633. — Crétinisme, *Smith*, *Langhans*, *Kœnig*, 634.

Digitized by Google

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traité, *Le Dentu;* anesthésie, *Kionka, Braun*, 635; *Leman, Kirk*, 636; *Hill*, 637. — Lésions du système nerveux: *Washbourn, Lane, Prince*, 637; *Marcotte, Watts*, 638; *Tiffany, Péan, Robson*, 639; *Annequin*, 640; *Berry*, 641. — Lésions des vaisseaux, *Turner, Larrieu*, 641. — Goitre, *Vignard, Reclus, Marchant, Abadie, Chauffard, Quénu*, 642; *Abadie, Jaboulay, Jonnesco*, 643; *Doyen, Jaboulay, Depage*, 644; *Péan, Verhœf, Deschamps, Perriol*, 645; *Blottière, Jurrel, Jacquemart*, 646. — Lésions de l'appareil digestif: *Kuettner, Delagenière, Clay, Eiselsberg*, 647; *Fick*, 648; *Leube, Martin, Parker*, 649; *Delagenière, Sutton, Brown*, 650; *Ghetti, Strange, Wahr, Martynoff*, 651; *Cripps, Roux, Stabb*, 652; *Power, Barrow*, 653; *Lockwood, Cutter, Rabé, Jollasse*, 654; *Defontaine*, 655; *Gautier*, 656. Cancer du sein, *Joerss*, 656; *Lane, Gould*, 657. — Brûlures, *Tschmarke, Arloing, Beauxis*, 658. — Greffé, *Medeiros*. — Hydatides, *Lehné*, 659.

OPHTALMOLOGIE.

Myopie, *Dransart*, 659; *Dor, Parenago*, 660. — Paupières, *Motais, Lévi, Augiéras*, 661. — Conjonctive, *Thilliez, Coppez, Amman, Natanson*, 662; *Biard, Hotz, Dufour*, 663; *Burchardt, Brandenburg, Kirchner, Hirschberg*, 664. — Iritis, *Antonelli, Ammann*, 665. — Cristallin, *Berlin, Mutermilch, Gayet, Terson*, 667; *Chibret*, 668. — Rétino-choroïdite, *Graefe, Stedman*, 668; *Masselon, Juber*, 669; *Stoelting, Fage, Neese*, 670; *Richey, Duvigneaud, Abadie*, 671; *Thomas, Angelucci, Trousseau*, 672. — Névrite, *Martins, Galezowski, Collins*, 673; *Dor, Wecker*, 674; *Stiel, Antonelli, Lapersonne*, 675. — Pansements de l'œil, *Fernandez, Oswald, Hjort*, 676.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 677.

Digitized by Google

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

G. MARINESCO. Nouvelles recherches sur la structure fine de la cellule nerveuse et sur les lésions produites par certaines intoxications (*Presse méd., 16 juin 1897*).

L'auteur étudie dans son travail les lésions expérimentales produites par l'injection d'arsénite de potasse et d'alcool chez le chien. Les animaux intoxiqués avec de l'arsenic ont vécu de 20 à 30 jours et les lésions que Marinesco a trouvées dans les ganglions spinaux et la corne antérieure consistent surtout dans une chromatolyse périphérique ou diffuse. Cette chromatolyse lui a permis d'étudier la structure fine de la substance achromatique. Celle-ci est constituée dans le corps du cytoplasma par un réseau qui lui donne l'aspect d'une masse spongieuse, le spongioplasma. La coloration à l'hématoxyline diluée lui a montré que la striation du cylindre axe et des prolongements protoplasmatiques dépend en réalité de l'existence de vraies fibrilles qui y sont disposées parallèlement. La forme et la largeur des mailles qui constituent le réseau cytoplasmatique varient dans les diverses espèces de cellules. On rencontre dans les ganglions spinaux des cellules à mailles serrées et à mailles lâches. Quand les mailles du réseau sont très denses, la cellule a un aspect plus foncé. Il existe, suivant l'auteur, une continuité anatomique entre les fibrilles des prolongements de la cellule et les travées du réseau cytoplasmatique. Cette constatation présente de l'intérêt au point de vue des fonctions du réseau cytoplasmatique, qui sert à la conduction.

Les lésions déterminées par l'injection intraveineuse d'alcool à 50° portent particulièrement sur les éléments chromatophiles qui sont altérés de différentes façons. La plupart des cellules présentent de la chroma-

Digitized by Google

tolyse périphérique ; dans d'autres les éléments périnucléaires sont de volume moindre et plus rares. Le noyau est central. PIERRE MARIE.

C. SHERRINGTON. On the question whether any fibres of the mammalian dorsal (afferent) spinal root are of intraspinal origin (*The Journal of phys., XXI, p. 209*).

Ramon y Cajal, Lenhossek, van Gehuchten, etc., ont découvert, dans les racines postérieures du poulet, des fibres nerveuses efférentes venues de cellules de l'axe gris (portion dorsale de la corne postérieure), cellules radiculaires postérieures. Ce seraient des fibres motrices destinées au sympathique. Or, chez le chat et le singe, l'auteur ne trouve point de fibres dans la racine postérieure qui émaneraient de l'axe gris. Chez l'amphioxus, il n'y a point de ganglions spinaux. Toutes les fibres viennent de l'axe gris ; ce sont des prolongements de neurones bipolaires ou multipolaires inclus dans la moelle. Chez la lamproie il y a un ganglion extraspinal contenant des neurones bipolaires et unipolaires. Quelques fibres radiculaires dorsales naissent non pas des cellules des ganglions mais des neurones médullaires. Chez le pristiurus, il y a des fibres d'origine médullaire sans connexions avec les cellules du ganglion. Chez la myxine toutes les fibres de la racine dériveraient du ganglion extraspinal. Chez la grenouille, les fibres d'origine intramédullaire seraient destinées aux viscères (Steinach), aux muscles striés (Horton Smith). Chez le poulet, l'existence de ces fibres efférentes médullaires dans la racine postérieure est hors de doute. Chez les mammifères, il n'y aurait pas de fibres de ce genre. Toutes les fibres de la racine postérieure émaneraient du ganglion spinal. DASTRE.

R. Horton SMITH. On efferent fibres in the posterior roots of the frog (*The Journ. of phys., XXI, p. 101*).

L'auteur n'a pas réussi à vérifier l'assertion de Steinach, à savoir que les racines postérieures contiendraient des fibres efférentes destinées aux viscères. Toutes les fibres viscérales ont été trouvées dans le vague ou dans les racines antérieures. Il y a cependant quelquefois des fibres efférentes dans les racines postérieures des nerfs spinaux. Ces fibres centrifuges se rendent aux muscles du squelette et non aux viscères. L'innervation de la grenouille est construite sur le même type que celle des mammifères. Il y a pour la vessie deux sources d'irrigations nerveuses : l'une constituée par les 9e et 10e paires (région sacrée) et le nerf érecteur ; l'autre par la 7e paire (région lombaire) et le sympathique. La 8e paire, intermédiaire, ne contient pas de filets viscéraux. DASTRE.

G. GABRI. A propos des cellules radiculaires postérieures de v. Lenhossek et Ramon y Cajal (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 115, et Monitor zool. ital., VI*).

Les racines postérieures, d'après la loi de Magendie, sont uniquement constituées par des fibres des cellules des ganglions spinaux. Ramon y Cajal et van Gehuchten ont cependant découvert dans les racines posté-

Digitized by Google

rieures du poussin des fibres venant de cellules situées à la partie postérieure de la corne antérieure (cellules radiculaires postérieures), et traversant le ganglion spinal sans s'y arrêter. Max Joseph voit après section de la racine des fibres non dégénérées dans le moignon central. Ces fibres provoqueraient une vaso-dilatation dans le territoire correspondant à ces racines (Morat), des contractions intestinales (Steinach). L'auteur dans une première série d'expériences sectionna, chez le chien, les racines postérieures. Il ne trouva pas d'éléments dégénérés dans le moignon périphérique, ni d'éléments intacts dans le moignon central. Dans une seconde série, destruction de la substance grise des cornes antérieures, jamais de fibre dégénérée dans les racines postérieures voisines de la lésion. Donc, chez le chien adulte, pas de fibres centrifuges dans les racines postérieures. DASTRE.

A. JUSCHTSCHENCO. Zur Frage über den Bau der sympathischen Knoten bei Säugethieren und Menschen (Sur la structure des ganglions sympathiques chez les mammifères et chez l'homme) (*Archiv für mik. Anat.*, *XLIX*, *3*, *p. 585*).

L'auteur a étudié, à l'aide de la méthode de Golgi, les ganglions de la chaîne sympathique et certains ganglions viscéraux chez plusieurs mammifères, l'homme y compris, et reconnu que tous sont constitués sur le même plan. Leurs cellules sont en majorité multipolaires et possèdent un grand nombre de prolongements parmi lesquels se distingue le prolongement cylindraxile. Les prolongements protoplasmiques se terminent dans le ganglion considéré soit en formant des nids péricellulaires autour des éléments voisins soit par des arborisations libres dans les intervalles de ceux-ci. Leurs plus fines ramifications ne se distinguent d'ailleurs pas des terminaisons des nerfs venus de l'extérieur et qui pénètrent dans le ganglion. Les neurites au contraire quittent le ganglion sans se diviser et en en fournissant seulement, mais rarement, des collatérales.

Généralement les cellules ganglionnaires sont distribuées sans ordre dans le ganglion; quelquefois cependant elles s'agencent en groupes plus ou moins distincts répartis d'une façon très caractéristique. Les fibres qui pénètrent dans un ganglion se distinguent de celles qui en sortent par leurs caractères; elles se terminent par des arborisations en nids autour des éléments nerveux et de leurs dendrites. Ils envoient également des fibres pour les vaisseaux du ganglion.

Les caractères morphologiques des cellules sympathiques ne se séparent en somme par rien d'essentiel (structure intime mise à part) de ceux des éléments du système cérébro-spinal. A. NICOLAS.

A. DOGIEL. Ueber die Nervenendigungen in den Geschmacks-Endknorpen der Ganoideen (Sur les terminaisons nerveuses dans les bourgeons terminaux gustatifs des ganoïdes) (*Archiv für mik. Anat.*, *XLIX*, *4*, *p. 769*).

L'auteur étudie à l'aide des méthodes de Golgi et de Ehrlich les terminaisons nerveuses dans les bourgeons des barbillons et de la peau des lèvres chez le sterlet et l'esturgeon. Sa description très détaillée peut se résumer ainsi : Les bourgeons gustatifs chez les ganoïdes sont composés

Digitized by Google

de cellules de soutien et de cellules gustatives. Celles-ci, par leur réaction et par les caractères de leurs prolongements, central et périphérique, doivent être considérées comme de véritables éléments sensoriels nerveux. Leur prolongement périphérique se termine, mousse ou pointu, au sommet du bourgeon lequel occupe le fond du pore gustatif élargi en entonnoir. Leur prolongement central se divise en filaments qui s'entre-croisent avec ceux des autres cellules du même bourgeon, formant ainsi à la base de celui-ci une sorte de réseau terminal.

Dans chaque bourgeon viennent se terminer deux sortes de fibres à myéline. Les unes se ramifient à la base du bourgeon en donnant naissance à un réseau sous-gemmal (sous-basal) dont les filaments supportent des épines de forme variée ; les autres se distribuent au contraire à l'intérieur du bourgeon et, enlaçant les cellules sensorielles ainsi que les cellules de soutien, constituent un réseau intra-gemmal. Le réseau sous-basal entre en rapport intime, par contact, avec les ramifications des prolongements centraux des éléments sensoriels. On peut, selon toute vraisemblance, le regarder comme étant l'appareil terminal des fibres préposées au sens de la gustation. Le réseau intra-gemmal, en relation directe avec le réseau péri-gemmal (intra-épithélial) est sans doute, comme ce dernier, formé de fibres de sensibilité générale. A. NICOLAS.

A. DOGIEL. Die Nerven der Lymphgefässe (Les nerfs des vaisseaux lymphatiques) (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLIX*, *4*, *p. 791*).

Dans des préparations de peau du pénis et du prépuce de l'homme, colorées par le bleu de méthylène, l'auteur a pu étudier les nerfs des vaisseaux lymphatiques. Relativement volumineux et pourvus d'une couche musculaire, de la zone réticulaire du chorion, ces nerfs sont constitués par des fibres sans myéline qui abordent le vaisseau sous la forme de petits troncs, de branches ou de fibres isolées, le suivent, parallèlement à sa direction, se divisent comme lui et chemin faisant abandonnent un grand nombre de fines ramifications qui s'entre-croisent et donnent naissance à un plexus assez serré à mailles polygonales entourant le vaisseau. Les travées de ce plexus sont formées par des fibres de Remak, d'épaisseur variable, offrant sur leur trajet des noyaux arrondis ou ovalaires. Elles émettent de fines fibrilles variqueuses qui se rendent à la couche musculaire et vraisemblablement vont en innerver des éléments.

Dogiel s'est proposé ensuite d'examiner les petits vaisseaux lymphatiques sans muscles que l'on rencontre dans la couche conjonctive externe de la vésicule biliaire des petits mammifères (chien et chat) et il a réussi également à mettre leurs nerfs en évidence. Ici aussi ils sont agencés en un plexus péri-vasculaire à larges mailles, composé de fibres de Remak nucléées et dont les branches principales, ordinairement au nombre de 2, courent de chaque côté du vaisseau qu'elles suivent dans toutes ses sinuosités. A. NICOLAS.

Digitized by Google

M. MORGENSTERN. Ueber die Innervation des Zahnbeines (L'innervation de l'ivoire) (*Arch. f. Anat. und Physiol.; Anat. Abth.*, *5-6*, *p. 378*, *1896*).

Les conclusions de cet important travail sont les suivantes :

La couche des odontoblastes est traversée dans toutes les directions par des fibres nerveuses qui, de bonne heure, occupent déjà les interstices des cellules mésodermiques d'où dériveront les odontoblastes. L'ivoire est innervé dans toutes ses parties. Ses nerfs courent les uns dans les canalicules de la dentine (fibres intratubulaires), les autres, ce sont les plus nombreux, dans la substance fondamentale en dehors des premiers (fibres intertubulaires). Au niveau de la couronne, la plupart des fibres affectent la même direction que les canalicules; dans le cou et dans la racine de la dent elles se comportent de deux manières : les unes sont orientées dans le sens des canalicules (système radiaire), les autres, au contraire, sont parallèles au grand axe de la dent (système axial).

Les fibres nerveuses de l'ivoire ont un trajet onduleux, se divisent souvent dichotomiquement et se ramifient en arborisations; leur longueur et leur épaisseur sont très variables. La plupart des fibres intratubulaires atteignent la limite de l'émail ou du cément; les fibres intertubulaires sont habituellement plus courtes. Fréquemment, des fibres intertubulaires, aussi bien du type axial que du type radiaire, pénètrent dans les canalicules de l'ivoire et, devenues intratubulaires, les parcourent ou bien s'anastomosent à leur entrée dans le canalicule avec le nerf qui s'y trouve déjà. La majorité des fibrilles paraissent se terminer librement. Grâce aux anastomoses entre les fibres axiales et les fibres radiaires, se constitue dans la racine de la dent un plexus à mailles assez larges qui s'étend en haut jusqu'au-dessus du collet. Dans la couche granuleuse immédiatement sous-jacente à l'émail, se trouve un plexus de très fines fibrilles, moussu.

Dans beaucoup de canalicules sont disséminées à intervalles réguliers des cellules de Ranvier qui appartiennent aux fibres intratubulaires autant qu'aux intertubulaires. En somme, les canalicules de la dentine se comportent, d'une façon générale, vis-à-vis des fibres nerveuses intertubulaires, comme les espaces périvasculaires lymphatiques des autres tissus vis-à-vis des vaisseaux et des nerfs qu'ils renferment.

Enfin, il existe à la surface de l'ivoire, sous l'émail, un système particulier de fibres qui la recouvre tout entière et s'anastomose d'ailleurs fréquemment avec les cylindraxes du système intradentaire. A. NICOLAS.

R. D'ERLANGER. Recherches sur l'origne, le rôle et la structure du corpuscule central (*Soc. de biol.*, *10 avril 1897*).

Le centrosome est un organe permanent de la cellule métazoaire. Il provient du spermatozoïde, du corpuscule central contenu dans le segment intermédiaire. Les fuseaux de direction sont pourvus de centrosomes dont la forme varie avec celle du fuseau. Les dimensions varient avec les phases de la division de la cellule. DASTRE.

Digitized by Google

K. FRANZ. Ueber die Entwicklung von Hypochorda und Ligamentum longitudinale ventrale bei Teleostiern (Le développement de l'hypochorde et du ligament longitudinal ventral chez les téléostéens) (*Morphol. Jahrb.*, *XXV*, *2*, *p. 143*).

L'hypochorde chez la truite et le saumon dérive de l'entoderme. Elle prend naissance aux dépens d'un bourrelet de la paroi dorsale du tube digestif. La séparation de ce bourrelet s'accompagne de la formation de ponts disposés métamériquement et semblables à ceux que Stöhr a décrits chez la grenouille. A aucun moment on ne reconnaît de lumière dans le cordon hypochordal.

Le ligament longitudinal ventral provient des cellules du mésoderme axial sans que les éléments de l'hypochorde prennent part en quoi que ce soit à son développement. Ceux-ci (les éléments de l'hypochorde) après un temps plus ou moins long régressent et disparaissent sans contribuer à l'édification d'un organe quel qu'il soit. A. NICOLAS.

Th. COHN. Ueber epitheliale Schlussleiten an embryonalen und ausgebildeten Geweben (Sur les stries cimentaires épithéliales dans les tissus embryonnaires et adultes) (*Verhandl. der physik-med. Gesells. zu Würzburg*, *n° 4*, *p. 171*, *1897*).

L'auteur a déjà prouvé, dans un travail antérieur, l'existence dans un grand nombre d'épithéliums d'une fine strie de ciment qui entoure les cellules au niveau de leur pourtour superficiel, les unit ainsi entre elles et ferme du côté de la surface les espaces intercellulaires. Il étudie à nouveau cette disposition mais cette fois surtout dans les organes embryonnaires (poulets de 40 heures à 6 jours) et montre que les stries cimentaires s'observent dans presque tous les épithéliums et dans les tissus à arrangement épithélioïde, quelle qu'en soit l'origine, ecto, ento ou mésodermique. Il passe successivement en revue : l'ectoderme et les ébauches ectodermiques dont les stries cimentaires sont disposées du côté de la surface du germe ou du côté qui répondait primitivement à cette surface (fossette cristallinienne, tube nerveux, etc.;) l'entoderme à stries correspondant à la face vitelline des cellules; enfin le mésoderme, épithélium du cœlome, protovertèbres, etc. Au début les stries cimentaires sont localisées à un seul côté des cellules, déterminé pour chaque espèce, mais plus tard il peut s'en former sur l'autre côté (épithélium et fibres du cristallin, odontoblastes, etc.).

Dans la partie générale de son travail, Cohn discute la signification de cette disposition et maintient l'opinion qu'il a déjà exprimée, à savoir que les stries cimentaires sont constituées par une substance spécifiquement différente par ses réactions du protoplasma et du liquide intercellulaire; qu'elles ne sont pas identiques aux lignes que le nitrate d'argent fait apparaître entre les éléments épithéliaux. Elles ont probablement une fonction importante, mais à cet égard on ne peut rien affirmer de précis. A. NICOLAS.

Digitized by Google

KROMAYER. Zur Epithelfaserfrage (Sur la question des fibres épidermiques) (*Monats. f. prakt. Derm., XXIV, n° 9*).

On admet généralement aujourd'hui, avec l'auteur, que les fibres constatées dans l'épiderme par le procédé de Weigert appartiennent au protoplasma épidermique, c'est seulement relativement à la signification et à la situation de ces fibres dans le protoplasma qu'il subsiste des divergences d'opinion ; elles ont trait à trois points :

1° Les fibres ondulées que l'on trouve surtout dans la couche cylindrique ne seraient pas, d'après Herxheimer, de véritables fibres, mais bien des contours cellulaires ;

2° Les fibres de la couche épineuse ne se trouveraient qu'à la périphérie des cellules et ne pénétreraient pas, contrairement à la manière de voir exposée antérieurement par Ranvier et Kromayer, dans l'intérieur du protoplasma ;

3° Les fibres ne se dissocieraient point ; elles persisteraient dans le stratum granulosum.

Ces assertions, erronées d'après l'auteur, seraient dues à des examens pratiqués sur des coupes trop épaisses. H. HALLOPEAU.

Mathias DUVAL. Sur la vésicule ombilicale du murin (*C. R. Acad. des Sc., 31 mai 1897*).

On avait prétendu (Ercolani, C. Vogt) que, chez les cheiroptères, les vaisseaux fœtaux seraient donnés au placenta par la vésicule ombilicale. Il n'en est rien ; l'auteur, en donnant l'explication des dispositions qui ont amené cette interprétation erronée, montre qu'ici, comme chez les autres mammifères, c'est la vésicule allantoïdienne qui vascularise le placenta. Il décrit de plus, à la surface de la vésicule ombilicale, les transformations de l'endothélium pleuro-péritonéal en un épithélium à longues cellules cylindriques, montrant ainsi que la morphologie des épithéliums est indépendante de leur origine blastodermique, et que, par exemple, les épithéliums mésodermiques peuvent affecter le type cylindrique aussi bien que ceux dérivés de l'ectoderme ou de l'endoderme. A. C.

L. MAGGI. Centres d'ossification et principales variétés morphologiques des interpariétaux chez l'homme (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 301*).

Les centres d'ossification des interpariétaux chez l'homme sont au nombre de quatre et non pas de deux. Ce sont deux médians et deux latéraux. Ils ont une signification phylogénétique. On retrouve, en effet, quatre interpariétaux chez les stégocéphales depuis la période carbonifère. Ces quatre centres, chez l'homme, peuvent se développer en os complets ou se fondre en ordres divers. DASTRE.

E. MUELLER. Drüsenstudien (Études sur les glandes) (*Archiv f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth., 5-6, p. 305, 1896*).

De ses recherches sur la glande sous-maxillaire du lapin et sur la parotide du lapin, du chien et du chat l'auteur tire les conclusions sui-

Digitized by Google

vantes. Le produit de sécrétion salivaire dérive de grains qui subissent des transformations très caractéristiques. Il est déjà entièrement constitué dans les cellules glandulaires sous la forme de petites vacuoles arrondies, nettement délimitées par une couche corticale colorable. Ces vacuoles naissent aux dépens des grains en question et spécialement de ceux qui, dans les préparations fixées et colorées restent incolores et dans les préparations tout à fait fraîches se signalent par leur faible pouvoir de réfraction. Ceux-ci (les grains incolores), de leur côté, résultent de l'accroissement et de la transformation de granula très colorables (dans les préparations fixées) et très réfringents dont la taille varie depuis la granulation à peine visible jusqu'au grain presque aussi volumineux que le grain devenu incolore.

Suivant que les éléments glandulaires renferment une quantité plus ou moins considérable de ces différentes sortes de grains, leur aspect varie, les extrêmes étant représentés par la cellule remplie de gros granula clairs séparés les uns des autres par une substance réticulée qui héberge de petites granulations très vivement colorées (formes jeunes) et par la cellule bourrée de gros grains colorés.

Lors d'une sécrétion très intense, les granula colorables peuvent se transformer directement en vacuoles de sécrétion, sans passer par le stade de grains incolores.

A la fin de son travail, E. Müller affirme à nouveau son opinion exprimée dans un précédent mémoire, sur la situation des capillaires de sécrétion. Il maintient qu'ils sont intercellulaires. A. NICOLAS.

R. KRAUSE. Beiträge zur Histologie der Speicheldrüsen; die Bedeutung der Giannuzzi'schen Halbmonde (Contribution à l'histologie des glandes salivaires; signification des croissants de Giannuzzi) (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLIX*, *4*, *p. 707*).

Dans ce travail, l'auteur a surtout en vue, comme l'indique le titre, de déterminer la signification des croissants de Giannuzzi. Auparavant, dans un premier paragraphe, il décrit la structure remarquable de la glande sous-maxillaire de la mangouste. Chez cet animal, les croissants en question sont constitués, à l'inverse de ce que l'on a observé partout ailleurs, par des cellules muqueuses, les autres éléments glandulaires des alvéoles ayant, au contraire, les caractères et les réactions des cellules granuleuses des lunules. Il examine ensuite et critique les diverses théories relatives à la signification des croissants, c'est-à-dire la théorie du remplacement (Heidenhain), la théorie de la transformation par phases (Phasentheorie) de Hebold et Stöhr, et enfin la théorie de la fonction spécifique des lunules proposée pour la première fois par von Ebner et Asp. C'est cette dernière qu'il adopte après avoir analysé les différents faits qui prouvent que les cellules des croissants doivent être considérées comme des éléments sécréteurs chargés de produire des substances protéiques. Toutes les glandes muqueuses qui renferment des croissants, comme la sous-maxillaire de l'homme, sont donc des glandes salivaires mixtes chargées d'élaborer en plus du mucus des matières protéiques. La répartition des cellules sous forme de lunules est un caractère secondaire de valeur seulement topographique. Si les cellules séreuses sont

Digitized by Google

rares et localisées à l'extrémité des tubes glandulaires, elles s'agencent alors en amas lunulaires. La même chose se passe pour les cellules muqueuses si ce sont elles, au contraire, qui sont rares et rejetées à l'extrémité des tubes séreux (comme chez la mangouste).

Krause consacre ensuite un paragraphe aux capillaires sécrétoires et à leurs rapports avec les cellules glandulaires. Il affirme qu'ils existent aussi bien dans les glandes muqueuses que dans les glandes séreuses et que si, dans la plus grande partie de leur étendue, ils sont intercellulaires, il en est aussi qui pénètrent dans le corps même des éléments glandulaires, parfois jusqu'au voisinage du noyau.

Enfin il se pose la question de savoir si les cellules à bâtonnets sont des éléments sécréteurs et y répond affirmativement en se fondant sur les transformations que ces éléments subissent sous l'influence des excitations qui déterminent la sécrétion salivaire. A. NICOLAS.

TOURNEUX et VERDUN. Sur les premiers développements de la thyroïde, du thymus et des glandules parathyroïdiennes chez l'homme (*Journ. de l'anat. et de la physiol., juill. 1897*).

Ces recherches ont porté exclusivement sur des embryons humains; elles viennent confirmer et préciser celles faites sur les divers mammifères.

Pour ce qui est de la glande thyroïde proprement dite, c'est-à-dire son bourgeon médian et ses deux bourgeons latéraux, rien à ajouter aux notions classiques. Chez l'homme, comme chez les animaux, il est assez difficile de préciser la part qui revient à chacun de ces bourgeons dans la constitution de la thyroïde définitive de l'adulte; il semble cependant que c'est la thyroïde médiane qui fournit l'appoint le plus considérable à l'ensemble de l'organe définitif. Rien de nouveau non plus pour l'origine et le développement du thymus.

Vient alors la question des glandules parathyroïdiennes; elles sont chez l'homme au nombre de deux, dont l'une, issue, comme le thymus, de la troisième poche endodermique branchiale, prend le nom de *glandule thymique* (nomenclature de Prenant), tandis que l'autre, provenant de la quatrième poche, comme la thyroïde latérale, prend le nom de *glandule thyroïdienne*.

La glandule thyroïdienne, formée aux dépens de la paroi dorsale de la quatrième poche endodermique, est primitivement située au-dessous de la glandule thymique; plus tard, par suite de l'abaissement du thymus, entraînant la glandule thymique annexe, la glandule thyroïdienne devient supérieure et se trouve en rapport avec la face postérieure du lobe latéral correspondant de la thyroïde.

La glandule thymique se développe sur la paroi postérieure de la troisième poche endodermique; accompagnant d'abord le thymus dans son déplacement, elle passe en avant de la thyroïde latérale, puis va s'accoler au point d'union de l'isthme avec les lobes latéraux.

Mais ces processus généraux présentent diverses anomalies : duplicité des glandules thymiques; présence de lobules erratiques du thymus au voisinage de la glandule thymique. En effet, les glandules thymiques et

Digitized by Google

thyroïdiennes se formant aux dépens d'un segment de la paroi des troisième et quatrième poches endodermiques, on comprend que ce segment, au lieu de se détacher en une seule masse sphérique, puisse être fragmenté en plusieurs tronçons. S'il s'agit d'un cas de duplicité latérale de la glandule thymique, l'un des tronçons pourra être entraîné avec le corps du thymus. S'il s'agit, au contraire, de glandules thyroïdiennes doubles, comme les thyroïdes latérales ne subissent pas un allongement analogue à celui des lobes du thymus, les deux glandules demeurent au voisinage l'une de l'autre. M. DUVAL.

J. SZABO. Die Milchdrüse im Ruhezustande und während ihrer Thätigkeit (La glande mammaire à l'état de repos et à l'état d'activité) (*Archiv f. Anat. und Phys. Anat. Abth., 5-6, p. 352, 1896*).

L'épithélium de la glande mammaire est toujours, quel que soit l'état de fonctionnement de l'organe, formé d'une seule couche de cellules. Celles-ci, très plates pendant la période de repos de la glande, deviennent très hautes pendant sa période d'activité. A ce moment la chromatine nucléaire se dispose à la périphérie du noyau d'une façon tout à fait caractéristique de l'état d'activité. L'accomplissement de la fonction sécrétante ne s'accompagne pas de la destruction des éléments glandulaires, et chaque élément est capable de sécréter d'une façon continue pendant toute la durée de la lactation. Les figures de division mitotique ne se rencontrent que dans les glandes d'animaux gravides ainsi que dans celles qui se trouvent (après la parturition) dans les premiers jours de leur activité. On n'en observe jamais dans les mamelles qui sécrètent du lait depuis plusieurs jours. A. NICOLAS.

E. KALLIUS. Ein Fall von Milchleiste bei einem menschlichen Embryo (Un cas de bourrelet mammaire chez un embryon humain) (*Anat. Hefte, XXIV, p. 155*).

Chez un embryon humain d'environ 15 millimètres (30 à 34 jours) l'auteur a constaté l'existence, sur les parties latérales du tronc, à droite et à gauche, d'un bourrelet qui commençait au bord inférieur du membre supérieur, dans la ligne axillaire moyenne et après un trajet descendant de 1,5 millimètre à droite, de 2 millimètres à gauche, se perdait en pointe après s'être peu à peu atténué. Des coupes sériées lui ont montré que ce bourrelet était dû à un épaississement de l'épiderme saillant non seulement vers l'extérieur, mais aussi en un certain endroit du côté de la profondeur. Il s'agit là certainement de l'ébauche mammaire dont une partie seulement, celle où l'épiderme fait relief à sa face profonde, donnera naissance à la glande. Elle représente l'extrémité crâniale de la ligne mammaire (Milchlinie de O. Schultze). A. NICOLAS.

KEIFFER. Anatomie et physiologie de l'appareil vasculaire chez les mammifères (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

Les vaisseaux sanguins se présentent sous trois aspects différents au point de vue de leurs connexions avec l'utérus. Chez certains petits

Digitized by Google

mammifères leurs parois sont propres et isolées du tissu utérin par du tissu conjonctif; chez certains petits et certains grands mammifères les parois sont propres; mais unie au tissu musculaire de l'utérus et font corps avec lui.

Chez les grands mammifères, ils n'ont pas de parois propres, mais un simple endothélium. Les fibres musculaires de l'utérus forment aux vaisseaux une gaine de fibres arciformes. Ces données ne sont d'ailleurs pas applicables aux vaisseaux en dehors du tissu musculaire de l'utérus.

Chez la femme, la chienne, la cobaye, l'appareil vasculaire présente deux zones bien distinctes, une zone musculaire vaso-motrice, une zone muqueuse, sécrétoire. L'activité fonctionnelle de la zone muqueuse et spécialement de ses capillaires artériels aboutit, chez la femme, à la menstruation. L'activité fonctionnelle de la zone musculaire, indépendamment de sa fonction trophique, prépare et détermine par des actes vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs coordonnés l'excrétion menstruelle.

Il est probable que le degré des hémorragies muqueuses observées en gynécologie est déterminé par la profondeur de la lésion d'une part, par l'état de tonicité des vaisseaux musculaires d'autre part. La muqueuse utérine est organisée au point de vue épithélial et vasculaire, aussi bien que le sein, le foie, la peau, le poumon, pour remplir un rôle émonctoire sur les éléments chimiques du sang en circulation. PORAK.

MAUCLAIRE. Considérations sur les moulages de 80 cavités utérines normales ou utérines (*Ann. de gyn.*, *mars 1897*).

Au point de vue anatomique, la forme de la cavité utérine présente de nombreuses variations, surtout au niveau des cornes utérines. Tantôt celles-ci se détachent à angle droit, tantôt à angle obtus, c'est-à-dire obliquement et en haut en dehors sur une hauteur d'un bon centimètre; jamais elle ne se détache à angle aigu. Ces cornes sont tantôt en pointes acérées, tantôt en lame ou en aile de papillon. Les deux cornes ne sont pas toujours symétriques comme forme et comme direction; ainsi l'une peut s'écarter verticalement, l'autre obliquement. Depuis les cornes pointues jusqu'aux cornes larges et étalées, on trouve tous les intermédiaires. De même depuis les cornes à direction horizontale jusqu'à celles presque verticales, on note tous les intermédiaires. De plus ces cornes peuvent se dévier soit en avant, soit en arrière par rapport à l'axe longitudinal de la cavité. L'axe de la cavité du corps est souvent dévié par rapport à celui du col et de l'isthme. Jamais l'auteur n'a pu injecter les trompes en injectant la cavité avec de la cire.

Au point de vue pathologique, l'auteur montre les grandes variations que présente la cavité suivant la lésion. VICTOR VEAU.

I. — Cl. REGAUD. Les vaisseaux lymphatiques du testicule (*Soc. de biol.*, *p. 659*, *3 juill. 1897*).

II. — Le même. Les faux endothéliums de la surface des tubes séminifères (*Ibid.*, *p. 661*).

I. — Au moyen de l'injection interstitielle picro-osmio-argentique,

Digitized by Google

l'auteur montre qu'il n'existe à la surface des tubes séminifères que des canaux complètement clos anastomosés les uns avec les autres et non ordonnés par rapport aux tubes séminifères. Ce réseau présente des dispositions variables suivant les animaux. L'auteur distingue 3 types principaux reliés par des intermédiaires :

1er type (lapin), réseau péritesticulaire ;

2e type (chien), réseau péritesticulaire et périlobulaire ;

3e type (bélier), réseau péritesticulaire périlobulaire et intralobulaire.

II. — Quant à la couche de cellules endothéliales qui entoure les tubes séminifères et que l'on considère comme l'enveloppe de sacs lymphatiques, l'auteur la nie avec Gœrster (1877). Le dessin endothéliforme appartient aux cellules épithéliales contenues dans l'intérieur du tube séminifère ; il est dû à la réduction de l'argent dans les interstices des cellules séminales des diverses couches. VICTOR VEAU.

RUOTTE. Remarques sur le ligament péronéo-astragalien antérieur (*Arch. prov. de chir., p. 40, 1897*).

Le ligament péronéo-astragalien se divise en deux faisceaux, un supérieur et un inférieur. Le premier se porte en avant et en dedans pour venir s'insérer sur l'astragale en avant du rebord de sa facette articulaire externe. Le second en avant s'insère sur l'astragale au devant de la moitié inférieure de sa facette articulaire externe, puis se porte en arrière sous la malléole péronière en s'élargissant en éventail pour s'insérer sur son bord antérieur au-dessous et en dehors des insertions du faisceau supérieur. Les deux faisceaux forment ainsi une véritable sangle appliquant étroitement le péroné contre l'astragale.

Dans la flexion le faisceau supérieur se relâche, l'inférieur se tend ; ce dernier se rompt le premier dans la flexion exagérée. Dans l'extension au contraire le supérieur se tend et l'inférieur se relâche complètement.

De ces données il résulte que dans l'entorse par flexion du pied on doit trouver de la lésion et de la douleur pour le côté externe sous la pointe de la malléole, tandis que dans l'entorse par extension, le siège sera à l'insertion du faisceau supérieur à la partie moyenne du bord antérieur. F. VERCHÈRE.

PHYSIOLOGIE.

Cecil SHAW et W. THOMPSON. Descending degenerations from lesions of the cortex of the occipital lobe in the monkey (*Brit. med. Journ., 12 sept. 1896*).

Voici le résultat des recherches expérimentales de Shaw et Thompson sur le lobe occipital du cerveau du singe :

Une lésion corticale du lobe occipital donne lieu à des dégénérations

Digitized by Google

descendantes. Les fibres dégénérées descendent à travers la couronne rayonnante, puis franchissent le genou du corps calleux en se divisant en deux groupes : l'un traverse la commissure et gagne le côté opposé, l'autre gagne la capsule interne du même côté, directement.

De ces dernières fibres, la majorité occupe la partie postérieure de la capsule interne et se termine dans la substance grise du pulvinar, du corps genouillé externe et du tubercule quadrijumeau antérieur. D'autres se dispersent dans les deux tiers postérieurs de la capsule interne, et finalement dans le pédoncule cérébral.

Parmi les fibres croisées, les unes passent dans la substance blanche du lobe occipital opposé, et s'y terminent vraisemblablement dans les cellules de la substance grise corticale. D'autres tournent en arrière et se jettent dans le tiers postérieur de la capsule interne, et finalement dans le pédoncule cérébral.

Quelques-unes des fibres dégénérées du pédoncule cérébral aboutissent aux cellules du locus niger, d'autres atteignent la protubérance.

Il existe également des fibres dégénérées qui traversent la commissure postérieure et qui, les unes croisées, les autres directes, gagnent les côtés de l'aqueduc de Sylvius, où elles se terminent. Il y a donc pour ces fibres une connexion entre l'écorce occipitale d'un côté, et les noyaux des nerfs oculo-moteurs des deux côtés. H. R.

M. MANNELLI. Sur quelques faits d'inhibition réflexe observés sur les nerfs périphériques (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 124*).

Des excitations de diverses natures (mécaniques, électriques, chimiques) appliquées sur le sciatique et sur le plexus brachial d'un côté sont aptes, dans des conditions spéciales, à exercer une action inhibitrice, sur l'excitabilité physiologique du nerf homonyme du côté opposé, excité par des décharges d'induction. Les mêmes excitations produisent quelquefois une action dynamogène. Ces faits sont indépendants de l'activité cérébrale. Il n'est pas nécessaire d'admettre des fibres spéciales et des centres spéciaux pour interpréter tous les phénomènes d'inhibition. Partout où ont lieu des réflexes il peut se manifester dans la partie efférente une augmentation, une diminution d'excitabilité ou même une perte absolue (inhibition) sous l'influence d'une exaltation de la partie afférente.

DASTRE.

I. — J.-P. MORAT. Les origines des nerfs vaso-dilatateurs : leurs centres trophiques (*C. R. Acad. des Sc.*, *9 mai 1897*).

II. — Le même. Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires (*Ibid.*, *24 mai 1897*).

Les vaso-dilatateurs, nerfs inhibiteurs des muscles vasculaires, quittent la moelle et par les racines antérieures et par les racines postérieures ; dans la région lombaire, ils passent par les racines postérieures uniquement; inversement, ils passent par les racines antérieures de la région dorsale, et là les racines postérieures n'en contiennent pas. Les

Digitized by Google

centres trophiques des vaso-dilatateurs, passant par les racines postérieures, ne sont pas, comme les fibres sensitives de ces mêmes racines, dans les ganglions rachidiens correspondants, mais bien dans la moelle elle-même. Aussi ces fibres nerveuses vaso-dilatatrices dégénèrent-elles dans le bout périphérique de cette racine, quand celle-ci a été sectionnée entre son ganglion et la moelle, seulement cette dégénération est très lente à se produire, si lente que, dans une première série d'expériences, en 1892, l'auteur avait été amené à conclure qu'elle ne se produit pas, au moins dans le sens sus-indiqué. Les nouvelles recherches viennent au contraire préciser ce point important.

Or la section de la racine postérieure entre le ganglion et la moelle produit des phénomènes d'ordre trophique très analogues au mal perforant ; et cependant la circulation n'est pas en souffrance ; c'est pourquoi l'auteur est amené à admettre comme probable l'existence de nerfs centrifuges commandant directement aux tissus de la peau et gouvernant, sans appareil intermédiaire, le mécanisme intime de la fonction de ceux-ci. « Ces nerfs particuliers, dit-il, ne seraient cependant pas des nerfs trophiques, comme on les entend ordinairement, pas plus du reste que les nerfs musculomoteurs ne sont trophiques. Ce sont simplement des nerfs fonctionnels qui étendent le champ d'action du système nerveux à des éléments anatomiques que l'on a supposés, sans raison bien valable, devoir lui être soustraits, de même que les nerfs sécréteurs ont été niés tout d'abord en vertu de fins de non-recevoir de ce genre. » M. DUVAL.

E. DE CYON. Les nerfs du cœur et la glande thyroïde (*C. R. Acad. des Sc., 23 juin 1897*).

En étudiant les diverses racines du nerf dépresseur, l'auteur a constaté l'existence, dans ce nerf, en dehors des fibres nerveuses centripètes déjà connues, d'autres fibres susceptibles d'agir par voie réflexe sur les nerfs accélérateurs et l'appareil oculo-moteur, et par voie directe sur les glandes thyroïdes. Ce dernier rôle appartient à la racine qui provient du laryngé supérieur, la plus forte chez le lapin. Cette diversité de fonctions physiologiques du nerf dépresseur, ainsi que l'influence réciproque que le cœur et la thyroïde peuvent exercer l'un sur l'autre par l'intermédiaire de ce nerf, permettraient d'expliquer les principaux symptômes de la maladie de Basedow, le goitre, l'exophtalmie, etc. M. DUVAL.

L. MUSKENS. Ueber Reflexe von der Herzkammer auf das Herz der Frosch (Sur les réflexes des cavités du cœur sur le cœur) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 135*).

L'activité du cœur est influencée par des réflexes ayant leur point de départ dans cet organe et leur centre dans le système nerveux central. Il n'y a point de réflexe périphérique. Knoll (1881) était arrivé à une conclusion semblable. L'accélération du cœur, chez les lapins et les chiens, peut être provoquée par l'introduction de l'air dans le sac péricardique, ou par la pression exercée au moyen d'un poids, ou avec les doigts. Ce réflexe accélérateur disparaît si les vagues sont coupés : il ne

Digitized by Google

s'agit donc pas d'un phénomène intracardiaque, mais d'un réflexe ayant son point de départ dans le cœur (filets sensibles rejoignant le vague au-dessous du récurrent). On peut obtenir, dans d'autres cas, un ralentissement au lieu d'une accélération, comme l'ont vu Zwaardemaker et Wooldridge, ainsi que l'auteur. Celui-ci a signalé en outre les effets inotropes, dromotropes, ainsi que le point de départ de l'excitation.

DASTRE.

G.-N. STEWART. Elektrische Leitfähigkeit thierischer Flüssigkeiten (Conductibilité électrique des liquides animaux) (*Centr. f. Physiol.*, *XI*, *p. 332*, *1897*).

Les globules rouges sont de mauvais conducteurs de l'électricité comparés au sérum. Il en résulte que la conductibilité du sang est 2 à 5 fois plus faible que celle du sérum et qu'elle varie suivant la proportion relative de globules et de liquide. LÉON FREDERICQ.

H.-J. HAMBURGER. Ein neues Verfahren zur Bestimmung des osmotischen Spannkraft des Blutserums (Nouveau procédé pour déterminer la pression osmotique du sérum sanguin) (*Centralbl. f. Physiol.*, *XI*, *p. 217*, *1897*).

Ce procédé consiste à déterminer la température de congélation, non du sérum lui-même, mais du sang, c'est-à-dire du sérum non séparé des globules. L'auteur établit, en effet, que la présence des globules n'exerce pas d'influence sur le point de congélation du sérum. LÉON FREDERICQ.

St. BUGARSZKY et E. TANGL. Eine Methode zur Bestimmung des relativen Volums der Blutkörperchen und des Plasmas (Méthode pour déterminer le volume relatif des globules rouges et du plasma) (*Centr. f. Physiol.*, *XI*, *p. 297*, *1897*).

La détermination de la conductibilité électrique du sang permet de calculer d'après une formule empirique le volume relatif des globules rouges (non conducteurs de l'électricité) et du plasma ou sérum (relativement bon conducteur de l'électricité). LÉON FREDERICQ.

St. BUGARZKY et E. TANGL. Untersuchungen über die molekularen Concentrationsverhältnisse des Blutserums (Concentration moléculaire du sérum sanguin) (*Centr. f. Physiol.*, *XI*, *p. 301*, *1897*).

Les auteurs déterminent, pour chaque échantillon de sérum étudié, la concentration moléculaire (nombre de molécules dissoutes), d'après le point de congélation fourni par l'appareil de Beckmann, et l'importance des matériaux inorganiques (acides, bases et sels électrolytiquement dissociables) d'après la conductibilité électrique (méthode de Kohlrausch). Ils tiennent compte de la diminution de conductibilité due à la teneur en albumine.

Ils calculent au moyen de ces éléments que les trois quarts des molécules du sérum sont inorganiques. La teneur de sérum en molécules inorganiques est beaucoup plus constante qu'en molécules organiques.

Digitized by Google

La concentration moléculaire varie dans des limites fort étroites : elle est au maximum chez le chat, au minimum chez le cheval.

LÉON FREDERICQ.

C. EYKMAN. Ueber die Permeabilität der rothen Blutkorperchen (Sur la perméabilité des globules rouges (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 58*).

Hamburger a fait des recherches directes d'où il a conclu que les globules rouges du sang, dans les conditions physiologiques, sont perméables pour les chlorures, particulièrement pour le chlorure de sodium. Cette question intéresse la théorie. Eykman pense comme Gryns que le chlorure de sodium appartient aux substances dont l'effet sur le globule dépend de la concentration, c'est-à-dire qui gonflent, ou ratatinent, ou maintiennent le globule, suivant cette concentration. Les globules sont imperméables pour ces substances. Au contraire, il y a des substances qui déterminent toujours la sortie de l'hémoglobine, telles l'urée, le chlorure d'ammonium. Pour celles-là le globule est perméable. Le pouvoir osmotique ne peut être déterminé. L'auteur reprend les expériences mêmes de Hamburger, et, de leur répétition, tire, contrairement à Hamburger, la confirmation de ses vues.

DASTRE.

H. KOEPPE. Der osmotische Druck als Ursache des Stoffaustausches zwischen rothen Blutkörperchen und Salzlösungen (La pression osmotique comme cause des échanges entre les globules rouges du sang et les solutions salines) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 189*).

Les échanges entre les solutions salines et les hématies sont déterminées par les lois physico-chimiques de l'osmose. L'équilibre est caractérisé par la conservation du volume de l'élément cellulaire et par la conservation de sa couleur. Si celle-ci n'est pas conservée, elle passe dans la liqueur ambiante qui se colore comme une laque : il y a laquage. Le laquage lorsqu'il se produit nous apprend deux choses : ou bien que l'hématie se trouve dans une liqueur de pouvoir osmotique très faible ou nul, ou qien qu'elle se trouve dans une solution d'une substance qui peut pénétrer librement le globule. Ainsi la substance de l'hématie est perméable pour l'urée. Une solution d'urée laque toujours le sang. L'hématocrite ne donne pas des résultats exacts lorsqu'il y a dans la liqueur des substances qui diffusent dans le globule. Ces substances diffusibles sont précisément décelées par le désaccord entre les déterminations du pouvoir osmotique par l'hématocrite et pour les méthodes physiques. Après l'urée, il faut signaler le carbonate d'ammoniaque, le chlorure d'ammonium, avec lesquels les globules laquent même les solutions concentrées. Les hématies leur sont perméables. Avec le sulfate d'ammoniaque; le carbonate de soude, le laquage est très lent et la perméabilité partielle avec les chlorures alcalins, il n'y a pas de laquage ; l'accord avec les lois physiques est incomplet. Avec les sulfates de soude et de potasse l'accord est parfait. L'hématie est imperméable à ces sels. Les divergences avec la théorie osmotique peuvent s'expliquer en faisant intervenir la théorie de la dissociation électrique d'Arrhénius.

DASTRE.

Digitized by Google

O. SCHAUMAN et E. ROSENQVIST. Ist die Blutkörperchen Vermehrung im Höhenklima eine wirkliche oder eine nur scheinbare? (L'augmentation des globules du sang dans les régions élevées est-elle apparente ou réelle?) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVIII*, *p.* 55).

Les auteurs font vivre de 2 à 5 semaines des animaux, chiens, lapins, pigeons, dans une cloche sous air renouvelé, à une dépression de 450-480 $^{m}/_{m}$ de mercure. On examine le sang, avant, pendant et après, au point de vue du nombre des globules, de la teneur en hémoglobine, du diamètre des globules rouges, de l'apparition d'érythrocites à noyau. Ils constatent l'augmentation rapide du nombre des globules rouges, précédée quelquefois d'une diminution passagère. La teneur en hémoglobine augmente également, mais plus lentement que le nombre. Au début, il y a aussi diminution habituelle. Le diamètre des globules est augmenté : les petits deviennent plus rares, les gros plus abondants. On trouve chez le chien et le lapin des érythrocites à noyau. Chez les pigeons on observe des cas de mitose. Il s'agit donc bien d'un processus de régénération, d'une nouvelle formation d'érythrocites. Ces faits ont été vérifiés sur l'homme pendant un séjour à une hauteur de 950 mètres.

DASTRE.

F. MOTT et W. HALLIBURTON. Preliminary account of the effects upon blood-pressure produced by the intra-venous injection of fluids containing choline neurine, or allied products (*Proc. of the phys. Soc.*, *13 mars 1897*).

Les auteurs ont injecté dans les veines du chien le liquide cérébrospinal de l'homme pris pendant la vie ou sur le cadavre refrigéré. Pas d'effet sur la respiration; presque toujours chute de la pression sanguine. Le liquide bouilli et filtré donne le même résultat. La partie précipitée par l'alcool, reprise par l'eau salée et injectée, a donné le même résultat encore. De même le chlorhydrate de neurine à 1.25 pour 1000, mais avec cette différence que la baisse est suivie d'un relèvement passager. Les fortes doses ralentissent le cœur et rendent la respiration plus profonde. La dose mortelle est moindre que 1 décigramme. Le chlorhydrate de choline agit comme le liquide cérébrospinal pathologique. Le précipité alcoolique du sang (paralysie générale avec convulsions) repris par l'eau salée et injecté s'est comporté comme le liquide cérébrospinal et comme la solution de choline. L'effet est cardiaque, mais cependant la section des vagues n'a pas d'influence sur la chute de la pression sanguine. La substance active, dans les expériences, est sans doute un alcaloïde.

DASTRE.

G. FANO et F. BOTTAZZI. Sur la pression osmotique du sang et de la lymphe dans différentes conditions de l'organisme (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p.* 45).

Winter (1896) a montré que la concentration moléculaire du sérum oscille dans des limites restreintes à l'état normal. Les auteurs essaient d'apporter des troubles considérables dans le fonctionnement physiologi-

Digitized by Google

que de la sanguification (lésion du bulbe, ligature du canal thoracique, action du phosphore, injection de peptone, anémie, etc.). Dans tous ces cas, la pression osmotique du sérum reste relativement constante. Cette constance n'indique par un pouvoir de régulation vital, mais plutôt de conditions physico-chimiques. Ces conditions sont : l'existence abondante de NaCl dans les liqueurs organiques et son *ionisation* (Winter) et, d'autre part, l'existence de combinaisons salino-protéiques résultant de la propriété des substances protéiques de se combiner aux sels, combinaisons dissociables.

DASTRE.

L. HILL et A. BARNARD. The influence of the force of gravity on the circulation (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 323*).

Le système vasomoteur splanchnique est amplement suffisant pour compenser l'effet de la pesanteur. Si le tonus vasomoteur splanchnique est détruit, la force respiratoire suffit à elle seule à maintenir la circulation, mais moins parfaitement. Le tonus vaso-moteur splanchnique peut être aboli en coupant les splanchniques au-dessous de la dernière côte. Le mécanisme respiratoire peut être aboli par le curare. Les deux sont abolis simultanément par section de la moelle au niveau de la première vertèbre dorsale. La circulation dans la position verticale est alors impossible. La respiration diaphragmatique après paralysie des muscles thoraciques et abdominaux ne peut aider efficacement la circulation. L'augmentation de la pression intra-thoracique, la ventilation positive du poumon, la compression passive du thorax, l'injection d'huile dans le péricarde, empêchent le remplissage normal du cœur droit dans la position verticale et arrêtent la circulation. La compression de l'abdomen avec la main compense l'effet de la pesanteur. Le cœur chloroformé et asphyxié peut être mis en état de dilatation paralytique au moyen d'une forte compression de l'abdomen et des veines abdominales.

Chez le chien, la cessation de l'inhibition produite sur le cœur par le vague dépend de l'excitation de spasmes expiratoires violents par l'anémie du centre bulbaire. En abaissant la puissance respiratoire, la période d'inhibition se trouve allongée. Cela arrive dans la chloroformisation ou lorsque l'on sectionne la moelle à la première vertèbre dorsale. La compression de l'abdomen ou du cœur produit l'effet contraire : de même un changement subit de position. Le système vasculaire n'est pas rempli au point d'être distendu; la pression hydrostatique moyenne y est nulle ; il forme d'ailleurs un système discontinu. Les grands changements de la pression artérielle sont produits par vaso-constriction, sans qu'il y ait une altération concomitante de la pression veineuse ou pulmonaire.

DASTRE.

A. STEFANI. Action de la pression artérielle sur les vaisseaux et sur le cœur (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 173*).

La pression sur la surface interne des vaisseaux musculo-cutanés n'exerce d'actions réflexes ni sur le cœur ni sur la pression centrale. La pression sur la face interne du cœur agit directement sur cet organe en

Digitized by Google

en accélérant les battements. La pression dans les vaisseaux de la moelle allongée excite directement le centre bulbaire inhibiteur du cœur. La pression, comme la température, exerce sur les battements du cœur deux actions antagonistes, l'une d'accélération directe, l'autre indirecte, de ralentissement par le centre du vague. Le résultat de ces deux actions est variable. De même l'urée et l'asphyxie exercent une action directe dilatatrice et une indirecte constrictrice. DASTRE.

I. — E. BRODIE et A. RUSSELL. The enumeration of blood-platelets (*The Journ of phys.*, *XXI*, *p. 390*).

II. — Les mêmes. The détermination of the coagulation-time of blood (*Ibid.*, *p*, *408*).

I. — Les plaquettes du sang s'agglutinent les unes aux autres et adhèrent aux corps ambiants dès que le sang est extrait. Un mélange à parties égales de glycérine et de chlorure de sodium, 2 0/0, empêche cet effet et rend possible une exacte numération ; cela à la condition d'opérer rapidement, à cause de l'effet destructeur de cette liqueur sur les globules rouges. La glycérine doit être saturée du colorant dahlia. La numération a donné en moyenne 1 plaquette pour 85 globules rouges, c'est-à-dire 635.300 par millimètre cube ; chiffre très supérieur aux déterminations de Hayem, Afanassiew, Fusari et Prus.

II. — Il y a différents moyens d'apprécier la vitesse de coagulation du sang: le retournement successif, l'adhérence à un crin en tube capillaire, l'évacuation de tubes capillaires dans un vase renfermant une solution saline, la mobilité d'une colonne de sang de 5 centimètres dans un tube capillaire de $0^m/_m5$, etc. Aucune ne donne de résultats satisfaisants. La meilleure consiste à placer une goutte de sang dans une chambre humide de hauteur suffisante pour permettre l'accès à la pointe fine d'un tube de verre par lequel on souffle sur la goutte pour en explorer la condition. L'observation se fait au microscope à un faible grossissement. On constate le moment où la surface extrême est prise, en notant que le courant d'air la déprime sans changer la position relative des globules. Il suffit d'une goutte de sang prise chez l'homme ou chez un animal. On constate ainsi que le délai de coagulation est plus de deux fois plus court à 30° qu'à 20°. DASTRE.

L. HILL, H. BARNARD et I. SEQUEIRA. The effect of venous pressure on the pulse (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 147*).

Les difficultés relatives à l'interprétation des tracés sphygmographiques disparaissent dès que l'on tient compte de l'influence des veines qui entourent l'artère radiale. Les variations de la pression sanguine dues au travail respiratoire sont les mêmes qu'on les enregistre avec le manomètre ou avec le sphygmographe. Une augmentation de la pression intrathoracique accroît la pression veineuse et diminue la tension artérielle : le résultat se traduit par une élévation du tracé sphygmographique, car les veines qui entourent l'artère se gonflent et ne peuvent plus se dégorger.

Digitized by Google

De même dans toutes les obstructions pathologiques dues aux affections pulmonaires ou cardiaques, la tension veineuse s'élève, l'artérielle s'abaisse, et ce sont les veines entourant l'artère qui donnent au pouls son caractère de plénitude, d'amplitude. Le doigt ne peut distinguer l'impulsion qui lui est transmise par les veines de celle de l'artère même. Ainsi la plénitude du pouls indique, non pas une haute tension artérielle, comme on le dit, mais un engorgement veineux. Le dicrotisme est notablement influencé par les modifications périphériques ; il est diminué par l'occlusion des veines du bras, la position déclive du membre; augmenté par l'élévation du bras ou par une inspiration profonde ; c'est-à-dire que l'onde directe est peu marquée si les veines périphériques sont distendues, bien marquée si elles sont mal remplies.

L'occlusion de l'artère brachiale fournit des indications cliniques précieuses: si la courbe tombe brusquement, c'est que la tension artérielle est forte et la pression veineuse faible ; si la chute est lente, les conditions circulatoires sont inverses.

DASTRE.

F. SCHUPFER. Sur les effets qui se produisent dans l'organisme relativement à l'auto-intoxication d'origine intestinale, lorsqu'on met la veine porte en communication avec la veine cave inférieure (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 311*).

La vie des chiens, après qu'on a mis la veine porte en communication avec la veine cave inférieure, n'est pas menacée. La toxicité urinaire, après l'opération, est augmentée, à moins que le chien ne présente des phénomènes d'intoxication et n'élimine les poisons par une autre voie (vomissements, fèces). Les animaux opérés réagissent comme les animaux sains à l'introduction de l'atropine dans l'estomac. La toxicité urinaire n'est pas en rapport avec l'azote total, avec l'urée, avec l'azote non uréique, ni avec le poids spécifique, mais avec la quantité d'ammoniaque de l'urine. La toxicité urinaire diminue énormément durant les états d'intoxication, ce qui fait supposer une rétention des substances toxiques dans l'organisme. L'opération de Eck et celle de Queirolo ne contredisent pas l'action protectrice du foie contre les poisons d'origine intestinale. La couche interne de l'intestin peut agir sur les albuminoïdes, les peptones et les albuminoïdes des excrétions microbiennes, mais il n'est pas démontré qu'elle agisse contre tous les produits microbiens.

DASTRE.

MAGNANINI. Les modifications de l'échange azoté après qu'on a mis la veine porte en communication avec la veine cave inférieure (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 66*).

L'ammoniaque liée aux acides faibles se transforme en urée dans le foie (von Schroeder). Chez l'oie privée de foie, l'ammoniaque augmente considérablement et les produits uriques diminuent (Minkowski). Dans le cas de fistule de Eck, chez le chien, on voit augmenter l'ammoniaque et l'acide urique et diminuer l'urée. L'auteur reprend la question. Il ne supprime pas la fonction du foie, il la limite en réunissant la veine porte à la veine cave (Queirolo) et il cherche les modifications qui se produisent

Digitized by Google

dans l'échange azoté, en dosant l'azote total, l'ammoniaque et l'urée dans les urines. Il trouve une augmentation notable de l'ammoniaque, une légère diminution de l'urée ; l'augmentation de l'ammoniaque a lieu aux dépens des corps contenant de l'azote non uréique (acide urique, corps xanthiniques, etc.). Le foie aurait la propriété de transformer l'ammoniaque en corps différant de l'urée. La formation de l'urée n'est pas une fonction spécifique du foie. Un second fait, c'est que la ration alimentaire jusque-là suffisante, cesse de l'être. L'albumine est mal assimilée par l'organisme. DASTRE.

Ph. KNOLL. Ueber Wirkungen des Herzvagus bei Warmblüttern (*Arch. f. die ges Phys., LXVII, p. 587*).

Il y a un certain nombre de faits relatifs à l'action du vague, qui ne sont point suffisamment expliqués : par exemple, les effets consécutifs à l'abaissement connu de la pression ; le fait que pendant l'excitation (electrique et dyspnéique) le pouls veineux se montre plus rapide que le pouls artériel ; qu'il se produit des élévations et des abaissements irréguliers de la pression artérielle, et l'élévation elle-même de la pression artérielle après l'excitation. L'auteur étudie isolément les phénomènes presentés par les oreillettes et les ventricules, dans les cas d'excitation électrique, ou réflexe, ou dyspnéique. Le vague exerce sur le cœur les effets suivants : 1° un effet de paralysie qui est plus marqué pour l'oreillette que pour le ventricule ; cet effet augmente successivement pendant l'excitation, ne lui survit pas et est dû vraisemblablement à l'accumulation des produits de désassimilation dans le muscle ; 2° un effet inhibitoire sur le rythme, d'où restauration (assimilation) de ce muscle pendant les pauses ; 3° élévation réflexe de la fréquence des battements par diminution du tonus du vague, avec diminution des contractions des quatre cavités. DASTRE.

S. FUCHS. Die centralen wurzelfasern des Depressors (Les filets d'origine du dépresseur) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 117*).

Les filets du groupe pneumogastrique, glossopharyngien, spinal, au sortir du trou déchiré, se divisent en trois groupes, supérieur, moyen, inférieur. Le faisceau inférieur, chez le lapin, comprend les nerfs pour les muscles supérieurs du cou, qui cessent leurs mouvements respiratoires quand on coupe ce faisceau ; le faisceau moyen comprend les filets destinés aux muscles laryngiens qu'innerve le laryngé et les filets inhibiteurs cardiaques ; le faisceau supérieur comprend les filets du muscle cricothyroïdien, les filets pharyngiens postérieurs, les filets pour les muscles de l'œsophage, et les filets de Hering-Breuer dont la section ralentit et approfondit la respiration, et qui produisent par action réflexe dans la respiration artificielle, des perversions respiratoires. Il y a enfin dans ce faisceau des filets du vague dont l'excitation centrale ralentit ou arrête la respiration (Grossmann, Beer, Kreidl). Ce sont les plus supérieurs. Les filets du dépresseur sont compris dans le faisceau supérieur. Si on l'arrache, l'excitation du dépresseur au cou reste sans effet. Le

Digitized by Google

ralentissement du pouls qui accompagne quelquefois le dépresseur est dû au transport de l'excitation au vague. DASTRE.

L. SMITH et HALDANE. The causes of absorption of oxygen by the lungs (*The Journ. of phys., XXI*).

Les auteurs ont déterminé, dans des conditions diverses, la tension de l'oxygène dans le sang qui quitte les poumons. Ils constatent que la tension normale de l'oxygène dans le sang artériel varie considérablement chez les différents animaux (de 35 à 66 0/0 de la pression atmosphérique), mais elle est toujours plus élevée que la tension de l'oxygène dans les alvéoles. La tension dans les artères s'élève ou s'abaisse avec la pression atmosphérique de l'air inspiré. La diminution de la température du corps diminue la tension de l'oxygène. La tension artérielle de l'oxygène s'élève par rapport à celle des alvéoles et devient trois ou quatre fois plus grande lorsque l'oxygène diminue dans l'air inspiré (diminution de quantité, diminution de pression), intoxication par l'oxyde de carbone. Les symptômes causés par la diminution de la pression atmosphérique et par la diminution de l'oxygène ne sont pas dus à une saturation insuffisante de l'hémoglobine qui traverse les poumons. DASTRE.

N. ZUNTZ et A. LŒVY. Ueber die Bedeutung des Sauerstoffmangels und der Köhlensäure für die Innervation der Athmung (Importance du déficit d'oxygène et de l'excès d'acide carbonique pour l'innervation de la respiration) (*Archiv für Physiol., p. 379, 1897*).

Les nombreuses expériences des auteurs montrent que l'excès de CO^2 dans l'air inspiré constitue un excitant puissant, plus important que le déficit d'oxygène, pour les centres qui gouvernent les mouvements respiratoires. Le maximum d'action est obtenu chez le lapin avec une atmosphère contenant 15 0/0 de CO^2. Si l'on augmente notablement la proportion de CO^2, on observe les effets narcotiques bien connus et l'amplitude de la respiration diminue.

Benedicenti a récemment nié l'action excitante de CO^2. Il opérait avec des mélanges trop riches en CO^2.

Quant à l'oxygène, des variations comprises entre 12.5 et 60 0/0 n'ont qu'une faible action sur l'amplitude des mouvements respiratoires (volume d'air respiré). LÉON FREDERICQ.

A.-A. GENDRE. Influence de l'air expiré sur l'animal (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1897*).

L'air expiré par l'homme ou l'animal (lapin) sain ne contient pas de toxines proprement dites. Mais bien que les animaux ayant respiré pendant 10 à 33 jours l'air vicié par l'encombrement ne présentent pas de maladie manifeste, ils deviennent néanmoins apathiques, somnolents, ont une respiration rare et profonde, perdent l'appétit, perdent du poids, quelques-uns meurent à des échéances plus tardives. Le tableau clinique et les autopsies montrent que la cause de la mort, dans ces cas,

Digitized by Google

est l'inanition incomplète. Des phénomènes morbides doivent être rapportés à l'intoxication chronique par l'acide carbonique, bien que les appareils enregistreurs n'en contiennent pas plus de 4 0/0. H. FRENKEL.

H.-J. HAMBURGER. Ueber den Einfluss des respiratorischen Gaswechsels auf das Volum und die Form des rothen Blutkörperchen..... (Influence des échanges gazeux de la respiration sur le volume des globules rouges et blancs du sang) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXV*, *p. 252 et 280*).

Traités *in vitro* par CO^2, les globules rouges augmentent de volume. En effet, CO^2 augmente plus l'attraction pour l'eau dans les globules que dans le sérum, d'où rupture momentanée de l'équilibre osmotique, qui ne peut se rétablir que par une absorption d'eau, qui se fait dans les globules aux dépens du sérum. Le sérum se concentre donc en cédant de l'eau aux globules. Traités ensuite par l'oxygène, les globules perdent CO^2 et reviennent à leur dimension et à leur constitution premières.

Ces changements de volume des globules se produisent encore pour des variations dans la teneur du sang en CO^2, de l'ordre de celles qui correspondent aux échanges gazeux de la respiration. L'auteur montre que le même phénomène se produit *in vivo* à chaque passage du sang à travers les capillaires de la circulation générale et à travers ceux du poumon.

Les globules blancs présentent des changements qui se font dans le même sens. LÉON FREDERICQ.

Th. BUEDINGER. Exper. Untersuchung. d. norm. u. pathol. beimflussher Druckschwankungen im Brustkorte (Recherches expérimentales sur les variations de pression intrathoracique à l'état normal et pathologique) (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, *XXXIX*, *p. 245*, *juin 1897*).

La pression thoracique mesurée par un dispositif spécial ne devient possible à l'état normal que lorsqu'on provoque un retrécissemeut ou l'occlusion des voies aériennes supérieures. La trachéotomie a pour résultat de rendre moins grande la différence de pression entre l'inspiration et l'expiration. On peut se demander s'il n'y aurait pas par suite indication de pratiquer la trachéotomie dans les affections caractérisées par une gêne de l'expiration et aussi dans certaines formes de pneumothorax. Dans cette dernière lésion, les chances de guérison de la déchirure deviendraient d'autant plus fortes que la différence de pression et les inspirations seraient plus faibles. PAUL TISSIER.

R. HELLER, W. MAGER et H. v. SCHRÖTTER. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung rascher Veränderungen, etc. (Recherches expérimentales sur l'effet des brusques changements de la pression atmosphérique sur l'organisme) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVII*, *p. 1*).

Travail expérimental très développé. Il aboutit, en définitive, à la confirmation des travaux et des conclusions de Paul Bert et de ses élèves, contestés récemment par un certain nombre d'auteurs anglais et améri-

Digitized by Google

cains, Moxon, Twynam, Nixon, Knapp, Hunter, Corning, Thompson, et A. Smith, le plus souvent sans qu'ils aient répété les expériences. La distribution du sang dans les divers départements de l'organisme n'éprouve pas de changements sous l'influence de l'air comprimé. Après une décompression rapide, on peut démontrer l'existence de gaz libre dans les vaisseaux. Ce gaz libre est presque exclusivement de l'azote. Si le séjour à l'air comprimé a été assez long et la décompression assez brusque, il se produit des phénomènes pathologiques de deux espèces qui peuvent coexister ou non. Les uns sont de graves altérations de l'activité cardiaque et pulmonaire qui peuvent aboutir à la mort. Les autres concernent les altérations du système nerveux central, et spécialement de la moelle. Les uns et les autres sont dus à la mise en liberté de gaz dans les vaisseaux, et peuvent être reproduits par injection artificielle dans le système vasculaire. La décompression peut faire disparaître en partie ces accidents de gaz ; en tous cas elle influence favorablement les phénomènes cardiaques et respiratoires ; elle n'a d'action sur les accidents paralytiques que si elle intervient aussitôt après l'accident. Le résultat dépend, en général, de la rapidité avec laquelle on l'emploie, de la valeur de la compression et de sa durée, de la rapidité ou de la lenteur de la décompression. DASTRE.

Didier KUTHY. Modifications que subit le sang dans les régions élevées par effet de la diminution de la pression barométrique (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 19*).

L'auteur a déterminé le nombre des globules par la méthode de Malassez ; l'hémoglobine avec l'appareil de Fleischl ; la densité du sang par le procédé de Hammerschlag. Il aurait observé une augmentation du nombre des globules et de la densité du sang. Il croit à une modification de la circulation qui rendrait les globules plus abondants dans les vaisseaux de la peau, le plasma s'accumulant dans les parties profondes.

DASTRE.

BOTTAZZI et V. DUCCESCHI. Résistance des érythrocytes, alcalinité du plasma et pression osmotique du sang dans les différentes classes de vertébrés (*Arch. ital. de biol.*, *XVI*, *p. 161*, *et Lo Sperimentale*, *L*, *3*).

Les auteurs étudient la résistance des hématies à céder leur hémoglobine ; la pression osmotique du sang ; l'alcalinité du plasma sanguin. Ces valeurs sont très différentes dans les diverses classes de vertébrés. Chez les animaux à globules rouges nucléés, il n'y a pas de rapports réciproqueé entre l'intégrité des hématies d'une part, la pression osmotique et l'alcalinité du sang d'autre part. L'existence du noyau empêche le globule de céder l'hémoglobine à des solutions mêmes très diluées de NaCl. Cette résistance ne serait pas l'expression de la pression osmotique intra-cellulaire. DASTRE.

I. — J. BERNSTEIN. Ueber die Latenzdauer der Muskelzuckung (Sur la durée latente de la secousse musculaire) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVII*, *p. 207*).

Digitized by Google

II. — Le même. Zur Theorie der negativen Schwankung (Théorie de la variation négative) (*Ibid.*, *LXVII*, *p. 349*).

I. — Bernstein, après Helmholtz, avait fixé à 0",01 la durée de latence de la secousse musculaire en opérant sur le gastrocnémien de la grenouille. Les travaux récents de Place, Gad, Tigerstedt et Burdon Sanderson l'ont diminuée et fixée de 0",003 à 0",006. Or, le moment où commence la secousse a de l'importance au point de vue de l'appréciation des phénomènes électriques. On a prétendu (Tigerstedt), qu'il n'y avait pas de durée latente : l'apparent retard est dû à l'extension des parties non encore contractées par celles qui le sont déjà (Gad). Il faudrait opérer sur un élément unique, ou ce qui revient au même, sur un fragment de muscle extrêmement court, sur lequel reposera un levier léger, ou mieux encore un miroir recevant un rayon lumineux et le renvoyant sur un cylindre tournant. L'écartement des deux électroïdes est de 3 millimètres. Le point lumineux tombe sur le papier photographique sensible du cylindre. On constate ainsi que la durée de latence la plus petite a été de 4 millièmes de seconde avec les courants les plus forts. On note que la transformation d'énergie chimique en force musculaire croit d'abord lentement pour atteindre ensuite son maximum en 2 millièmes de seconde.

II. — La plus grande partie de la variation négative du muscle tombe dans la période latente (temps perdu) ; elle est déjà loin de son maximum (sommet de la courbe) avant qu'aucune trace de secousse ait pu commencer à se manifester. Le processus de la variation négative est et reste la condition préalable nécessaire à la production de la contraction. La grandeur totale de l'oscillation négative augmente avec le travail exécuté en particulier quand la charge s'accroît. La première partie de l'oscillation négative est le signe électrique d'un processus de dédoublement de nature oxydante ; la seconde partie correspond à l'assimilation de l'oxygène disponible et des groupes d'atomes oxydables. DASTRE.

E. HERING. Das Hebephänomen beim Frosch..... (Phénomène du levier chez la grenouille et son explication par la suppression de la tension musculaire réflexe des muscles) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVIII*, *p. 1*).

L'auteur s'est proposé d'expliquer l'ataxie du tabes. Le fondement de l'explication est fourni par l'observation du « phénomène du levier » chez la grenouille. Le muscle dont les nerfs centripètes sont coupés, s'allonge. On peut montrer que la tension musculaire réflexe (et non le tonus réflexe) est une condition essentielle pour la locomotion normale. La section du nerf péronier produit le même effet que la section des tendons des muscles qu'il innerve : même chose si l'on coupe les racines postérieures. La jambe est fortement fléchie sur la cuisse et toutes deux ensemble sont projetées en avant pour retomber ensuite, dans tout essai de mouvement. Si l'on coupe le nerf tibial, ou les tendons du gastrocnémien et du tibial postérieur, ou les racines postérieures correspondantes, la patte se relève plus haut qu'à l'état normal dans la préparation du saut. En combinant ces opérations, on obtient le phénomène. Il est donc dû à la suppression de la tension musculaire réflexe, c'est-à-dire de l'innervation centripète des muscles. DASTRE.

Digitized by Google

A. BICKEL et R. EWALD. Ueber den Einfluss der sensiblen Nerven und der Labyrinthe auf die Bewegungen der Thiere (Influence des nerfs sensibles et du labyrinthe sur les mouvements de l'animal) (*Arch. f. die ges. Physiol.*, *LXVII*, *p. 299*).

1. L'appareil nerveux sensitif exerce une influence régulatrice sur les mouvements de la musculature striée, en informant l'organe central du résultat des impulsions envoyées au muscle, ce qui lui permet de les graduer. 2. Le labyrinthe tient la musculature dans un certain état d'excitation (tonus du labyrinthe). Cet état est nécessaire pour que les impulsions nerveuses puissent déterminer exactement les changements de contraction, et selon Ewald pour que le sens musculaire intervienne d'une façon régulière. 3. Si l'on coupe les racines sensitives qui correspondent aux muscles des extrémités, les troubles du mouvement finissent par s'atténuer et disparaître. Si, à ce moment, on extirpe les deux labyrinthes les troubles reparaissent. Ces troubles de la motricité ne se réparent point ultérieurement. DASTRE.

C. RRODIE et S. RICHARDSON. The changes in length of striated muscle under varying loads brought about by the influence of heat (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 353*).

La question de l'action de la température sur le muscle a été étudiée déjà par Schmulewittch (1869), Samkony (1874), Gotschlich (1893). Les auteurs la reprennent avec une méthode très sensible d'inscription photographique amplifiante. Ils constatent que les muscles irritables ou non, curarisés ou non, se comportent de même.

Lorsque le muscle est chauffé de 0° à 30°, il s'allonge et devient plus extensible pour toutes charges. La valeur de l'élongation varie directement avec la charge. La durée de l'élongation est sensiblement constante pour les faibles charges. Avec des charges fortes, la vitesse de l'élongation s'accroît avec la température. Ou bien, il y a une altération soudaine à une température définie, environ 12°. Le muscle devient plus extensible à mesure que la température s'élève de 0° à 30°. Aux environs de 34° survient la contraction de chaleur. Le degré exact n'est pas le même pour toutes les préparations. Le travail développé dans cette contraction s'accroît d'abord rapidement avec la charge; il diminue ensuite, se renverse et devient négatif. La force absolue de cette contraction est d'environ 20 grammes par centimètre carré de section. A la température de la contraction thermique, il se produit un changement soudain augmentant l'extensibilité. Aux autres températures de coagulation des substances protéiques du muscle (47°, 56°), il y a un accroissement brusque d'extensibilité. Tous ces changements sont de nature physico-chimique, indépendants de l'irritabilité. Ils se produisent sur les muscles fatigués, sur les muscles en rigidité cadavérique. De même, le caoutchouc pur, non chargé, s'allonge quand la température s'élève. Si la charge augmente, il se contracte : le degré de contraction augmente d'abord avec la charge, puis diminue. Avec des charges croissantes l'élongation est produite par une élévation thermique. Il y a deux charges pour les-

Digitized by Google

quelles la longueur reste constante, la température s'élevant : la première est basse, la seconde très haute. DASTRE.

C. J. KŒNIG. Étude expérimentale des canaux semi-circulaires (*Thèse de Paris, 1897*).

K. est d'avis que les canaux semi-circulaires sont l'organe du sens de rotation : ils renseignent sur tous les mouvements actifs de rotation soit de la tête seule, soit du corps entraînant la tête; mais ils ne nous renseignent pas sur les mouvements passifs de rotation quand ceux-ci sont uniformes et de longue durée. Comme les mouvements actifs de déplacement de notre corps sont toujours ondulatoires, les canaux semi-circulaires nous renseignent sur tous les mouvements que nous accomplissons en totalité et sont ainsi secondairement l'organe de l'équilibre.

Par le souvenir du mouvement accompli, ils nous renseignent sur la position de notre tête par rapport à notre corps et de notre corps par rapport aux objets extérieurs.

Les canaux gauches sont plus sensibles aux mouvements de rotation à gauche qu'aux mouvements de rotation à droite et vice versa.

L'irritation des canaux produit, ainsi que l'anesthésie, une abolition de fonction.

Ils ne sont pas l'organe de l'espace.

L'auteur reproduit la bibliographie publiée par Stern (*Arch. f. Ohr.* 12 nov. 1895), sur la fonction non acoustique de l'oreille interne, 259 indications. A. CARTAZ.

E. DE CYON. Bogengänge und Raum Sinn (Canaux demi-circulaires et sens de de l'espace) (*Arch. f. Phys., p. 346, 1897*).

Critique expérimentale des travaux parus dans ces dernières années sur les fonctions du labyrinthe de l'oreille. L'auteur combat énergiquement les théories nouvelles de Delage, Goltz, Ewald, etc., qui localisent dans l'oreille interne un sens statique, un sens pour la perception des mouvements de rotation ou d'accélération, un sens pour l'équilibre, etc. D'après lui, les canaux semi-circulaires nous donnent la notion de l'espace à trois dimensions, ils influencent également la coordination de l'innervation des muscles du squelette. Travail très complet, très intéressant, qu'il est impossible d'analyser en quelques lignes.

LÉON FREDERICQ.

KRONECKER et LUESCHER. Innervation de l'œsophage (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 308*).

Le mouvement de déglutition est un mouvement réflexe. Le point de départ en est dans le pharynx : les nerfs sensibles amènent l'excitation au centre de la moelle allongée (centre du vague) d'où elle est ramenée par les nerfs moteurs aux différents départements de l'œsophage, de sorte que même en extirpant une portion de l'œsophage, le mouvement de déglutition se continue de la partie supérieure à la partie inférieure.

Digitized by Google

Le nerf récurrent est le nerf moteur pour la partie de l'œsophage répondant au cou: il se divise en trois rameaux pour les trois portions de cet œsophage cervical, supérieure, moyenne, inférieure (chien, lapin). Si on excite un de ces nerfs on voit entrer en tétanos seulement la partie dans laquelle se ramifie cette branche. Il suffit du plus faible courant, par exemple du contact platine-fer. L'excitation du tronc fait contracter les trois parties en même temps et non pas successivement. Il faut donc que l'excitation soit ralentie et successive à l'origine et amenée par des voies isolées à l'œsophage. L'excitation du bout central du récurrent, comme celle du laryngé supérieur, produit aussi une déglutition. Si tous les deux sont coupés, on ne voit que le premier temps de la déglutition (partie supérieure du segment cervical), le larynx est tiré vers la langue (centre de déglutition du trijumeau). Le centre du vague se fatigue souvent plus rapidement que celui du trijumeau. Le vague (bout central) excité au-dessous du récurrent ne donne pas de mouvement. Au-dessus, il excite la déglutition. DASTRE.

F. LUESCHER. Ueber die Innervation des Schluckactes (Déglutition) (*Zeitschr. f. Biol., XXXV, p. 192. 1897*).

L'excitation du bout périphérique du récurrent coupé provoque une contraction de l'œsophage au niveau du cou et de la partie supérieure du thorax, mais non un vrai mouvement de déglutition. Le récurrent contient donc les fibres centrifuges destinées à l'innervation motrice de l'œsophage. Il contient également des fibres centripètes pouvant amener par voie réflexe un mouvement complet de déglutition. Cet effet se produit immédiatement après toute excitation mécanique ou électrique du bout central du récurrent. LÉON FREDERICQ.

J. SCHNEYER. Secretionnerve der Magen (Le nerf secrétoire de l'estomac) (*Zeits. f. klin. Med., XXXII, p. 130*).

La sécrétion de l'estomac est-elle sous la dépendance du pneumogastrique ou bien sous celle des nerfs splanchniques et du plexus cœliaque. S. dans une série d'expériences démontre le rôle du pneumogastrique. Il insiste sur ce fait que la sécrétion réflexe qui survient au moment de la mastication des aliments continue malgré la section des splanchniques, s'interrompt par la section des pneumogastriques. Il insiste également sur la période d'attente, la sécrétion n'ayant pas lieu pendant l'excitation même, mais quelques minutes après celle-ci. Cette période d'attente explique les résultats négatifs et discordants de beaucoup d'expériences physiologiques.

Pour S. le suc gastrique normal obtenu même sans introduction d'aliments dans l'estomac, mais aussi sans affamer les animaux, ce qui crée un état pathologique, est un liquide digérant l'albumine et renfermant non seulement des chlorures fixes mais de l'acide chlorhydrique. Au début l'excitation de la muqueuse stomacale amène l'exosmose des chlorures fixes du sang. C'est avec eux que les cellules glandulaires fabriquent l'acide chlorhydrique. A.-F. PLICQUE.

Digitized by Google

SHDAN-PUSCHKIN. Einfluss der localen Erwärmung auf die Fonction des Magens bei gesunden (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 399, 15 juin 1897*).

Sur 10 individus sains, la température de la région gastrique était élevée à l'aide de compresses de Priessnik ou de chaufferettes japonaises. Dans les 88 expériences, le suc gastrique a été examiné à différents intervalles après ingestion du déjeuner d'épreuve d'Ewald.

Les résultats furent que la sécrétion du suc gastrique et sa teneur en acide chlorhydrique sont augmentées ainsi que l'énergie motrice de l'estomac, que la peptonisation des albuminoïdes est activée, tandis que les fermentations et la production d'acide lactique sont diminuées par l'action de la chaleur locale. J. B.

W.-S. PETROW. Influence du jeûne et de l'alimentation abondante sur les ovaires (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

Chez le lapin et le chien, le jeûne, même poussé à un haut degré, n'a aucune influence sur les follicules des ovaires ni sur les ovules; de même, l'alimentation forcée n'a pas d'influence sur ces éléments nobles. Par contre, les éléments des ovaires qui ne servent pas directement à la génération (couche épithéliale médullaire chez les lapins, tissu conjonctif des ovaires des chiens) subissent une dégénération graisseuse, sous l'influence du jeûne, dégénération pouvant aller à la nécrose. Même si on soumet l'animal qui a jeûné à l'alimentation forcée, ces lésions continuent à évoluer et persistent encore alors quand l'animal a récupéré son poids initial. Ce n'est que bien plus tard que ces éléments reviennent graduellement à leur état normal. H. FRENKEL.

I.-J. SIMONOWITCH. Lésions des glandes séminales chez les animaux soumis au jeûne complet ou incomplet et chez les animaux nourris après le jeûne (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1896*).

1° Dans le jeûne complet, la glande séminale des cobayes et lapins subit la dégénérescence parenchymateuse, avec une distribution irrégulière, par ilots des lésions; 2° les pertes subies par la dégénérescence sont réparées, lorsqu'on reprend l'alimentation, par la voie de régénération; 3° dans le jeûne incomplet on observe les mêmes phénomènes de dégénérescence, qui ne diffèrent que par la quantité; 4° l'excitabilité sexuelle dans le jeûne ne diminue pas dans les premiers 3 à 4 jours, mais, au contraire, augmente; 5° la glande séminale appartient aux organes qui sont ménagés alors même que l'organisme lui-même est menacé dans son existence. H. FRENKEL.

BIZZOZERO et SACERDOTTI. Influence de la température et de l'afflux sanguin sur l'activité productrice des éléments (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 88, e Giorn. d. R. Accad. di med. di Torino, n° 5, 1896*).

Les deux oreilles d'un lapin sont enfermées dans des thermostats qui restent l'un 15 jours à 12°-15°; l'autre à 37°-39°. Les effets sont différents

Digitized by Google

suivant que les animaux sont adultes ou en voie de développement. Chez les adultes, dans l'épithélium (épiderme, glandes sébacées, b. pilifères), preuve d'activité prolifique dans l'oreille chauffée, augmentation des mitoses, desquamation.

Chez les jeunes, outre cela, augmentation de développement général de l'oreille devenue plus longue par production de substance fondamentale des tissus connectifs. Les mêmes expériences sont répétées avec le membre postérieur. On constate que les poils sont plus longs pour le membre chauffé que pour l'autre ; de plus, il y a augmentation en poids et en longueur des os et des muscles par rapport à l'autre patte. La température élevée et l'afflux sanguin augmentent donc les activités formatrice et productrice de tous les éléments, chez l'animal en voie de développement.

DASTRE.

J. SEEGEN. Die Frage über den Umfang der Zuckerbildenden Function in der Leber (Importance de la formation du sucre dans le foie (*Centralbl. f. Physiol.*, *X*, *p. 822*, *1897*).

L'auteur réfute les critiques adressées par Zuntz à sa théorie de la formation du sucre dans le foie. Il montre que le grand excès de sucre trouvé dans le sang des veines sus-hépatiques ne peut être mis sur le compte des facteurs invoqués par Zuntz, notamment des mouvements désordonnés exécutés par les animaux non anesthésiés, ou de l'ouverture de la cavité abdominale. Cet excès de sucre est tout aussi marqué dans le sang des veines sus-hépatiques recueillis sur des sujets parfaitement calmes et chez lesquels les prises de sang se faisaient sans ouvrir la cavité abdominale. L'auteur revendique pour lui-même la découverte de l'importance de la fonction glycosoformatrice du foie.

LÉON FREDERICQ.

B. MOORE et D. ROCKWOOD. On the reaction of the intestine in relationship to intestinal digestion (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 373*).

Les expériences ont été exécutées sur des lapins, cobayes, rats, chats et chiens. Dans les conditions normales, le contenu intestinal n'est pas acide d'un bout à l'autre, il ne peut pas l'être, du pylore au rectum. Une fois seulement sur 29 il en a été ainsi, et cela à cause d'actions bactériennes. L'acitivité est plus grande chez les herbivores que chez les carnivores. Elle augmente chez ces derniers lorsqu'on les alimente d'eau et d'hydrate de carbone. Les différentes classes d'aliments produisent différents degrés d'alcalinité. Les aliments gras acidifient l'intestin chez le chien, mais non chez le cobaye et le rat blanc. L'acidité est due à des acides organiques, acides au tournesol, alcalins au méthylorange. On pourrait en conclure que chez le chien les graisses sont absorbées en partie comme savons, en partie comme acides gras ; tandis que chez le cobaye et le rat elles le sont comme savons.

Les aliments protéiques rendent acide la partie supérieure de l'intestin, alcaline la partie inférieure chez le chien et le chat. Chez le rat, la réaction est alcaline d'un bout à l'autre. Chez un chat nourri avec du

Digitized by Google

blanc d'œuf, la réaction était alcaline d'un bout à l'autre de l'intestin grêle. Les hydrates de carbone subissent une décomposition bactérienne peu marquée. L'alcalinité augmente à mesure que l'on descend le long de l'intestin. Les hydrates de carbone augmentent cette alcalinité, au lieu de la diminuer. La réaction est alcaline jusqu'au cœcum chez les herbivores. Elle devient acide dans le cœcum, véritable siège des fermentations bactériennes. Ce changement s'observe aussi quelquefois chez les carnivores. DASTRE.

Waymouth REID. A comparison of the diffusion into serum and absorption by intestine of peptone and glucose (*The Journ. of phys., XXI, p. 408*).

La diffusibilité des peptones est plus grande dans le sérum que dans l'eau ; celle du glucose est plus faible. L'absorption du glucose et des peptones par l'intestin, chez les différents animaux, n'est pas proportionnelle à l'étendue de la surface absorbante. L'absorption de ces substances à travers le papier parcheminé ne se fait pas comme à travers la paroi intestinale. L'intestin est moins perméable au glucose qu'à la peptone, le papier parchemin l'est davantage. Pour les peptones de Grübler et de Witte l'intestin est également perméable ; le papier parchemin l'est davantage pour la peptone de Grübler. DASTRE.

W. BARRATT. On the normal and pathological elimination of carbonic acid and of water by the skin (*The Journ. of phys. XXI, p. 192*).

L'excrétion de CO^2 par la peau est très faible en comparaison avec l'excrétion d'eau. Le rapport, pour le membre inférieur, à la température de 35°, est celui de 1 à 200. Ces deux excrétions montrent d'ailleurs des variations journalières et horaires, celles-ci moins marquées que celles-là. A 35° l'élimination de CO^2 est plus grande qu'à 25°. L'influence de la température sur l'eau n'est pas très marquée. L'applicalion d'une ligature sur le membre accroît l'excrétion de CO^2 et diminue celle de l'eau.

DASTRE.

GOURFEIN. Recherches physiologiques sur la fonction des glandes surrénales (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 3*).

La destruction complète des deux capsules surrénales chez les grenouilles, les tritons et chez les pigeons a amené constamment la mort ; la survie a été de 24 heures à 6 jours pour les batraciens et de 4 à 24 heures chez les pigeons.

La destruction d'une seule capsule, soit gauche, soit droite, n'amène pas la mort, ni même aucun trouble dans l'état de santé des animaux.

Il suffit d'une dixième partie d'une capsule, soit gauche, soit droite, pour maintenir la vie de l'animal de 18 jours à 9 semaines. La mort dans ces cas est liée à la dépression de la nutrition ; l'animal maigrit, quoiqu'il soit nourri normalement, et meurt quand la perte de poids dépasse la moitié du poids total. Les phénomènes morbides observés deux ou trois jours avant la mort sont les mêmes que ceux présentés par les ani-

Digitized by Google

maux complètement décapsulés, mais sont beaucoup moins prononcés. La destruction des capsules surrénales exerce donc une grande influence sur la nutrition générale.

La greffe, pratiquée sur les animaux décapsulés, d'une capsule d'un animal de la même espèce prolonge la vie et atténue les symptômes morbides.

La greffe, pratiquée sur les animaux décapsulés avec une capsule d'un animal d'une autre espèce, n'a aucun effet ni sur la prolongation de la vie, ni sur l'atténuation des symptômes morbides, même quand la capsule greffée est devenue adhérente.

Les phénomènes de curarisation qui, d'après Abelous et Langlois, résulteraient de l'ablation des capsules, n'ont jamais pû être constatés dans le cours des nombreuses expériences de Gourfein ; au contraire, il a régulièrement vu que les nerfs moteurs et leurs ramifications intramusculaires chez les grenouilles acapsulées conservent leur excitabilité électrique et leur action sur les muscles, et cela au moment de la mort et quelque temps après.

L'existence d'une capsule surrénale accessoire peut expliquer les faits contradictoires de survie des animaux privés de leurs deux capsules.

Le traumatisme opératoire ne joue aucun rôle dans le mécanisme de la mort des animaux décapsulés.

Les capsules surrénales agissent sur l'organisme chimiquement ; elles neutralisent probablement une ou plusieurs substances toxiques, de nature inconnue. J. B.

A. BIEDL. Beiträge zur Physiologie der Nebenniere (Capsules surrénales) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 443*).

L'auteur étudie les nerfs vasculaires et les nerfs secrétoires des capsules surrénales. Les nerfs splanchniques contiennent à la fois des nerfs vaso-dilatateurs et des nerfs secrétoires pour les capsules. Ces nerfs, comme d'ailleurs ceux du foie, des veines, de l'intestin, du pancréas, quittent la moelle par les racines antérieures de la partie inférieure de la moelle dorsale, passent par les rameaux communiquant dans le cordon thoracique du sympathique et de là dans les splanchniques, où ils se mélangent, d'après la loi établie par Dastre et Morat, à des filets antagonistes. Les vaso-constricteurs ne peuvent être mis en évidence qu'à la suite de l'injection de l'extrait des capsules surrénales ; celui-ci agit sur la musculature des vaisseaux et aussi sur l'appareil nerveux terminal. L'excitation des nerfs (surrénal et splanchnique intra-thoracique) provoque une retention des leucocytes dans l'organe, empêche l'agglutination des globules dans le sang veineux ; on n'a pu démontrer l'augmentation de la substance active dans le sang veineux. DASTRE.

Swale VINCENT. Some points in connection with the comparative pathology of the suprarenal capsules (*Proc. of the phys. Soc., 20 mars 1897*).

La partie corticale et la partie médullaire des capsules surrénales formeraient des glandes distinctes chez les élasmobranches. La partie corti-

Digitized by Google

cale serait seule représentée chez les téleostéens et les ganoïdes. A partir des amphibiens les deux organes sont confondus. La partie estimée comme médullaire détermine par ses extraits une élévation considérable de la pression du sang chez les mammifères. Il est remarquable que tout un groupe de vertébrés soit dépourvu (téléostéens et ganoïdes) d'un organe si essentiel à la vie des mammifères. DASTRE.

B. MOORE. On the chromogen and on the active physiological substance of the suprarenal gland (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 382*).

Schæfer et Oliver (1894) ont trouvé dans la partie médullaire des capsules surrénales une substance dont ils ont fait connaître les propriétés physiologiques. B. Moore y a trouvé une substance dont il a déterminé les propriétés physico-chimiques. C'est une substance réductrice, donnant avec le chlorure ferrique une coloration vert-bleu ; avec l'eau chlorée, bouillie, iodée ou les alcalis caustiques une couleur rouge. Ce chromogène, radical organique, n'exerce pas d'action sur la pression sanguine, ce n'est pas la substance physiologique active. Le chromogène et la substance active sont distinctes quoique unies et l'une peut être détruite sans l'autre. Le chromogène a des propriétés du groupe ortho-dihydroxybenzène à savoir : la réaction avec le chlorure ferrique, la réduction du nitrate d'argent et non de la liqueur de Fehling. Il appartient probablement au groupe des acides tanniques, qui ne se décomposent pas avec séparation de la molécule ortho-dihydroxybenzène sous l'influence des acides minéraux faibles. C'est donc un composé contenant le groupe pyrocatéchine et un autre qui serait actif physiologiquement. Celui-ci serait précipité par l'acétate basique de plomb, puis détruit. Il pourrait être un dérivé pyridique, d'après la composition de ce précipité, peut-être la pipéridine qui élève aussi la pression sanguine, ou un groupe différant peu de la pipéridine. DASTRE.

Fr. HOFMANN et R. BUNZEL. Untersuchungen über den elektrischen Geschmack (Recherches sur le goût électrique) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 215*).

Le courant peut être ascendant ou descendant, l'électrode placée sur la langue, positive ou négative, l'observation portant sur l'ouverture ou la fermeture du courant. On sait déjà, depuis Hermann et Laserstein, que les différentes circonstances donnent naissance à des impressions gustatives différentes et plus ou moins complexes. Il y a pendant toute la durée de la fermeture du courant ascendant, l'anode étant placée sur la langue, une sensation métallique, acide, qui cesse aussitôt que l'on ouvre le courant. Il y a de même une sensation de fermeture cathodique ; une autre d'ouverture cathodique se produit avec les courants faibles dont la fermeture est sans effet ; ce dernier n'a pas pour condition préalable la sensation de fermeture cathodique. La fermeture anodique et l'ouverture cathodique produisent des sensations du même ordre de grandeur, tandis que le goût de fermeture cathodique est dix fois plus grand. Les auteurs ont étudié les variations de ces impressions dans les différents points de la langue et la manière dont elles sont influencées par la

Digitized by Google

cocaïne et l'acide de gymnema qui fournissent des moyens d'analyser les sensations précédentes. DASTRE.

B. SCHÖNDORFF. Ueber den Einfluss der Schilddrüse auf den Stoffwechsel (Influence de la glande thyroïde sur les échanges matériels) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 395*).

Chez un chien qui se trouve en équilibre matériel et en équilibre azoté, si on ajoute à la ration alimentaire une certaine quantité de glande thyroïde on constate une augmentation significative des échanges matériels.

L'échange n'est pas modifié en ce qui concerne l'albumine : l'augmentation observée au début de l'azote excrété est seulement causée par l'accroissement dans l'excrétion de l'urée et des matières extractives azotées.

Dans les premiers temps, la graisse du corps est utilisée pour parer à l'exagération des échanges, et cet état de choses se traduit par la diminution du poids de l'animal et par l'augmentation d'absorption de l'oxygène. Ce n'est que lorsque la graisse est tombée à un certain minimum que l'albumine entre en jeu. L'action ne survit pas à l'usage. Quand on cesse celui-ci, le poids de l'animal remonte par fixation d'albumine et de graisse. Le retour au régime thyroïdien ne provoque plus ensuite d'augmentation dans l'excrétion d'azote.

La période de rut, comme chez la femme la menstruation, diminue l'échange d'albumine. Il y a un déficit notable de l'azote excrété sans augmentation du poids total. Dans l'inanition, l'élévation de l'azote excrété, succédant à l'équilibre azoté, n'est pas la preuve que l'organisme est arrivé à l'extrême degré de pénurie en graisse. Dans cet état les organes absorbent plus d'eau, ils deviennent plus riches en eau. Le besoin d'azote alimentaire chez le chien s'exprime ainsi : 1^{gr} d'azote de l'animal exige $0^{gr}0805$ d'azote alimentaire ; ou, sous une autre forme, 1 kilog. de matière azotée du corps exige $2^{gr}657$ d'azote alimentaire. DASTRE.

KATZENTEIN. Ueber die Veränderungen der Schilddrüse nach Exstirpation der zuführenden Nerven (Altérations du corps thyroïde après extirpation des nerfs afférents (*Archiv. f. Physiol., p. 371, 1897*).

L'auteur admet, d'accord avec Lindemann, que le corps thyroïde reçoit deux filets nerveux, l'un du laryngé récurrent, l'autre de la branche externe du laryngé supérieur. L'excitation de ces nerfs, prolongée pendant 1 h. 1/2 à 2 heures, ne paraît amener aucun changement histologique dans la glande du chien. La section des nerfs provoque la dégénérescence du tissu thyroïdien. LÉON FREDERICQ.

MORRO et GŒBELIN. Resorptionsvermögen des Harnblase (La résorption vésicale) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII, p. 12*).

Les expériences sur la résorption vésicale ont porté sur le sucre, l'urée, le chlorure de sodium, l'alcool, l'acide borique, l'acide phénique, le

Digitized by Google

chlorure de calcium, la cocaïne, la quinine, la morphine : seule la morphine n'est pas résorbée par la vessie. La résorption est d'autant plus grande que les solutions sont plus concentrées. En même temps que ce travail de résorption se produit un courant d'exosmose entraînant surtout l'eau et le chlorure de sodium du sang.

Pratiquement M. et G. insistent surtout sur l'absorption énorme de la cocaïne. En trois heures il est absorbé de 22,8 à 39,4 0/0 d'une solution au centième. L'acide phénique est résorbé encore plus vite et plus complètement. A. F. PLICQUE.

S. ARLOING et Édouard CHANTRE. Recherches physiologiques sur le muscle sphynctérien : particularité offerte par son innervation et sa contraction réflexe (*C. R. Acad. des Sc., 31 mai 1897*).

De ces recherches, faites chez le chien, il résulte que le muscle sphincter de l'anus est relié à la moelle par deux branches nerveuses paires, comprenant chacune des fibres motrices et des fibres sensitives. Ces dernières puisent dans le muscle en contraction une excitation capable de mettre en jeu le centre réflexe moteur du muscle. Une contraction du sphincter entraîne par conséquent une contraction subséquente plus ou moins prompte, plus ou moins énergique. Sous ce rapport le sphincter diffère des autres muscles ; mais cette particularité, qui rend compte des mouvements spontanés rythmiques, fait de ce muscle un excellent objet d'étude pour la démonstration des nerfs centripètes musculaires.

M. DUVAL.

CHIMIE MÉDICALE.

A. WROBLEWSKI. Zur classification der Proteïnstoffe (Classification des substances protéiques) (*Centralbl. f. Physiol., XI, p. 307, 1897*).

L'auteur propose la classification suivante :

Classe I. *Substances albuminoïdes proprement dites.* — 1° Albumines ; 2° Globulines ; 3° Substances albuminoïdes solubles dans l'alcool ; 4° Albuminates ; 5° Substances albuminoïdes coagulées.

Classe II. *Substances albuminoïdes composées.* — 1° Glycoprotéides ; 2° Hémoglobines ; 3° Nucléoalbumines ; 4° Caséines ; 5° Histones (?), 6° Nucléines.

Classe III. *Substances analogues aux albuminoïdes :*

Sous-classe I. — 1° Kératines ; 2° Elastines ; 3° Collagéines ; 4° Amyloïde (?) ; 5° Protamines.

Sous-classe II. — Albumoses et peptones.

Sous-classe III. — Enzymes ou ferments solubles. LÉON FREDERICQ.

Digitized by Google

C. STORCH. Die Spaltung des Caseinogen der Kuhmilch durch Aussalzung (Clivage du caséinogène du lait de vache par les sels neutres) (*Centr. f. Physiol., XI, p. 221, 1897*).

La saturation au moyen des sels neutres (sulfate ou chlorure de sodium, sulfate de magnésium) décompose le caséinogène en deux substances, l'une fort abondante qui se précipite immédiatement, qui est soluble dans l'eau et coagulable par la présure et qui contient du phosphore et du calcium, l'autre peu abondante qui ne se précipite qu'après addition d'acide acétique et qui semble ne pas contenir de calcium.

LÉON FREDERICQ.

W. SPITZER. Die Bedeutung gewisser Nucleoproteid für die oxydative Leistung der Zelle (Signification de certains protéides pour le fonctionnement oxydant des cellules) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII*, p. *615*).

La force d'oxydation est mesurée par la rapidité de la destruction de l'eau oxygénée neutralisée.

On peut, en comparant les premiers moments du phénomène, établir une échelle d'oxydabilité, à savoir : sang, rate, foie, pancréas, thymus, cerveau, muscle, ovaire, trompe. Cette liste correspond à celles de Salkowski, Abelous et Biarnès, qui mesurent l'énergie oxydante au moyen de la transformation de l'aldéhyde salicylique en acide salicylique.

L'auteur extrait du foie un nucléoprotéide. Cette substance retient du fer à l'état de combinaison organique stable (0.233 0/0). On l'obtient en réduisant en bouillie le foie lavé, en recueillant l'eau de macération qui surnage après séjour de 24 heures à la glacière. On filtre. On traite par l'acide acétique étendu jusqu'à ce que le tournesol commence à montrer la réaction acide. Le précipité est décanté, filtré, lavé à l'eau, dissous dans un égal volume de solution de soude décinormale, précipité de nouveau par neutralisation. Cette substance, ce nucléohiston, agit sur l'eau oxygénée, bleuit la teinture de gaïac comme le tissu hépatique lui-même. Elle donne un résidu résistant à la digestion gastrique. On extrait de même du pancréas un nucléoprotéide beaucoup moins actif que le précédent et qui n'en diffère essentiellement qu'en ce qu'il est insoluble dans un excès d'acide. De même, on extrait des reins, du testicule, du thymus des nucléoprotéides contenant du fer et oxydables à un moindre degré que les précédents. La nucléine tirée de ces corps ne possède pas de force d'oxydation. Le fer joue un rôle dans cette fonction remarquable : il serait capable de s'oxyder et de se réduire, et de transporter ainsi l'oxygène sur des substances difficilement oxydables directement. Le rôle du noyau dans la chimie de la cellule serait donc considérable.

DASTRE.

G. MARCUSE. Ueber das Verhalten Phosphorausscheidung bei Stoffvechselversuchen mit Casein (De l'excrétion du phosphore dans le cas des échanges matériels avec la caséine) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 373*).

Ces recherches montrent que le phosphore qui est engagé dans la

Digitized by Google

caséine, à l'état de combinaison organique, est très bien utilisé dans le tube digestif. De plus, l'alimentation à la caséine produit en même temps qu'une fixation d'azote une fixation de phosphore. A ce dernier point de vue la caséine est supérieure à la viande. Mais comme, dans les recherches sur l'alimentation à la caséine ou à la viande, le phosphore intervient à l'état minéral (phosphates) ainsi qu'à l'état organique, il est impossible de décider si le phosphore fixé par l'organisme est celui des phosphates ou celui qui est en combinaison organique, celui-ci venant réparer la substance du noyau des cellules détruites dans le fonctionnement vital. DASTRE.

R. YOUNG. The precipitation of carbohydrates by neutral salts (*Proc. of the phys. Soc., 13 fév. 1897*).

Certains hydrates de carbone, de nature colloïde, sont précipités de leur solution par saturation au moyen des sels neutres (Nasse, Pohl, Halliburton). Le sulfate de soude saturant à 33° possède à un haut degré ce pouvoir.

Les cristalloïdes (sucres) ne sont pas précipités. Le glycogène l'est complètement par le sulfate de magnésie, le sulfate d'ammoniaque, le sulfate magnésio-sodique saturant, à la température ordinaire, le sulfate de soude à 33°. Il ne l'est point par le chlorure de sodium. Les sulfates de magnésie et d'ammoniaque permettent d'obtenir le glycogène de ses solutions et de le distinguer de l'érythro dextrine.

L'amidon soluble et l'empois sont précipités seulement par les sulfates d'ammoniaque et de magnésie saturants et le sulfate de soude saturant à 33°.

L'érythro dextrine n'est pas précipitée par les sels, quoique l'iodure rouge d'érythro dextrine le soit. L'achroodextrine est partiellement précipité par le sulfate d'ammoniaque saturant; l'inuline partiellement par le sulfate de magnésie. Les iodures solubles de ces hydrates de carbone sont, en général, plus facilement précipitables à saturation que les hydrates eux-mêmes. DASTRE.

CHIARUTTINI. Sul valore dell' acido lattico gastrico per la diagnosi di cancro dello stomaco (*Gaz. degli osped., 1897*).

On trouve souvent de l'acide lactique dans l'estomac de sujets qui n'ont pas de carcinome. La réaction d'Uffelmann a donné un résultat positif, sous les yeux de l'auteur, dans des cas d'atonie gastrique, de dyspepsie nerveuse. D'ailleurs les analyses doivent être réitérées chez tous les sujets.

Mais si les résultats positifs ne permettent pas d'affirmer le cancer, l'absence constante d'acide lactique autorise à repousser le diagnostic de cancer. L. GALLIARD.

Digitized by Google

STRAUSS. Zur quantitativen Bestimmung..... (Détermination quantitative de l'HCl dans le suc gastrique humain) (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LVI*, *p. 86*).

L'auteur a essayé le diméthylamidobenzol, comme réactif de l'HCl. Il lui reproche la longueur du stade de passage du rouge au jaune, ce qui rend les recherches peu précises. Mais il préfère au réactif de Gunzburg le mélange de solution alcoolique à 0,5 0/0 de diméthylamidobenzol avec la solution aqueuse à 1 0/0 de rouge de Congo. En ce qui concerne l'HCl, il semble que ces indications ne réagissent qu'à l'HCl libre. Les phosphates acides à 1/2 0/0 agissent, en présence de ces réactifs, comme les solutions d'HCl très diluées ou à peu près. Les acides organiques, en particulier l'acide lactique à la concentration où on le rencontre dans le suc gastrique, peuvent aussi réagir. C. LUZET.

A. RUATA. Nouvelle méthode d'examen du contenu gastrique (*Arch. ital de biol.*, *XXII*, *p. 119*).

C'est une méthode dérivée de celles de Sjoqvist et Winter, qui permet d'obtenir les facteurs suivants : 1° Le chlore total (acide chlorhydrique, chlorures organiques, chlorures métalliques) ; 2° L'acidité totale (acidité chlorhydrique, acidité organique, acidité saline). L'acidité saline est un nombre qui représente à la fois l'acidité due aux phosphates et l'acidité due à des substances organiques. DASTRE.

H. ROSIN. Demonstration rother Harnfarbstoffe (Matières colorantes rouges de l'urine) (*Arch. für Phys.*, *p. 394*, *1897*).

L'indican (indoxylsulfate de potassium) ou l'urine, traités à chaud par les corps oxydants et les acides minéraux, donne non de l'indigo bleu, mais du rouge d'indigo. Ce *rouge d'indigo* forme des aiguilles cristallines de couleur cuivrée, donnant de superbes solutions carminées dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, le benzol, etc. Il se transforme par les agents de réduction (glycose) en un produit incolore, qui rougit à l'air. L'indigo rouge est isomère de l'indigo bleu. La chaleur transforme l'indigo bleu en indigo rouge.

L'*uroroséine* se forme dans beaucoup d'urines par addition d'acide nitrique, soit à froid, soit à chaud. C'est une matière colorante d'un beau rose, à spectre caractéristique, très altérable, insoluble dans la plupart des dissolvants, soluble seulement dans l'alcool amylique.

L'*uroérythrine*, la matière colorante des sédiments briquetés, n'est soluble dans aucun dissolvant, se colore en vert au contact de la potasse caustique. LÉON FREDERICQ.

Horton SMITH. Typhoid bacilli in urine (*Brit. med. Journ.*, *p. 394*, *13 fév. 1897*).

Horton Smith a recherché systématiquement le bacille d'Eberth dans l'urine de sept typhiques, en l'inoculant sur des plaques de gélatine. Les colonies suspectes étaient traitées par tous les réactifs classiques qui les

Digitized by Google

distinguent du colibacille. Les résultats des recherches furent les suivants : 3 fois sur 7, le bacille a été rencontré, souvent en immense quantité ; 4 fois on ne l'a pas trouvé. Dans aucun cas il n'est apparu dans l'urine avant la troisième semaine, et quelquefois plus tard. Une fois, il a continué de passer dans l'urine 22 jours après la défervescence. C'est donc un moyen de contrôle de peu de valeur, puisqu'il ne se montre qu'à une époque où depuis longtemps le diagnostic de la fièvre typhoïde est évident. H. RENDU.

E. PFLUEGER. Eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung des Zuckers, etc. (Nouvelle méthode pour la détermination du sucre) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXVI*, *p. 635*).

Dans un verre de Bohême de 300 centimètres cubes de capacité, on mélange : 1° 30 centimètres cubes de la solution de sel de Seignette; 2° 30 centimètres cubes de la solution de sulfate de cuivre (34 gr, 6 de sulfate de cuivre à 5 molécules d'eau de cristallisation étendue à 500 centimètres cubes; 3° 60 centimètres cubes d'eau; 4° 25 centimètres cubes de la liqueur sucrée. La dissolution est faite à froid. On recouvre d'un verre de montre. On plonge à moitié hauteur dans l'eau bouillante et on l'y laisse une demi-heure. On retire. On verse immédiatement 145 centimètres cubes d'eau distillée froide. On filtre sans retard la liqueur sur un filtre d'amiante taré. On lave avec 100 centimètres cubes d'eau, puis 2 fois avec l'alcool à 96° et 2 fois avec l'éther. On dessèche à 120°. On pèse après refroidissement l'oxyde de cuivre. DASTRE.

A.-E. GARROD. Note on the origin of the yellowpigment of urine (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 190*).

L'auteur a indiqué une méthode pour la préparation du pigment jaune de l'urine. Celui-ci a des propriétés entièrement différentes de l'urobiline ; il ne donne pas de bandes d'absorption, mais une extinction générale de l'extrémité rouge du spectre. Riva et Chiodera (1896) auraient obtenu ce pigment en faisant agir le permanganate de potasse sur l'urobiline. Il dériverait donc de celle-ci. De même, l'auteur montre que, en solution alcoolique, et traité par l'aldéhyde il se transforme en urobiline ou substance urobilinoïde, très abondante. D'après cela, le pigment jaune urinaire dériverait du pigment sanguin et d'abord du pigment biliaire.

DASTRE.

O. VERAGUTH. The effects of a meal on the excretion of nitrogen in the urine (*The Journ. of phys.*, *XXI*, *p. 112*).

La quantité d'azote de l'urine, après un repas riche en substances protéiques, ne s'exprime point par une courbe d'une seule venue, mais par une courbe qui présente trois plateaux, trois maxima ; le premier, immédiatement après le repas ; le second, de 2 à 4 heures après ; le troisième, de 6 à 7 heures après. Si le repas ne contient qu'une petite quantité d'azote, les trois saillies de la courbe sont encore visibles. C'est le premier

Digitized by Google

qui suit immédiatement l'ingestion qui est le plus constant; le second et le troisième varient; c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui est le mieux marqué. La courbe, avec ses trois saillies, est la même, soit que le sujet vive au niveau de la mer, soit qu'il se transporte à 1,000 mètres de hauteur en montagne, et cela malgré les changements dans l'appétit et dans la diurèse, avant, pendant comme après l'acclimatement. DASTRE.

C. MORDHORST. Auflosung der Harnsäureverbindungen (Dissolution de l'acide urique) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII, p. 65*).

L'acide urique ne se dissout qu'à condition de former avec une base un urate alcalin. En cas de saturation, cet urate se précipite sous forme de petites boules microscopiques. Toutes les solutions qui renferment plus de soude que d'acide urique forment ces boules uratiques. Plus l'excès de soude est grand et plus les boules uratiques en dissolution sont nombreuses. A la longue, elles s'agglomèrent, formant des aiguilles d'urate acide de soude.

Cet état globulaire microscopique des urates est important. C'est en effet sous forme de globules microscopiques d'urate de soude que l'acide urique circule dans l'économie. Comme les tissus sont moins alcalins que le sang, on conçoit que ce dernier, s'il est presque saturé, dépose chez les goutteux ces boules d'urates dans les articulations et les tissus. Peut-être l'accès aigu de goutte est-il dû à un état momentanément neutre ou même acide de certains tissus qui précipitent en masse les boules uratiques. Puis l'inflammation amène un excès de sang alcalin qui redissout ces urates.

Pratiquement, deux bouteilles d'eau alcaline (Wiesbaden, Vichy, Vals) rendent l'urine acide alcaline, mais c'est souvent au prix de dépôts de phosphate et de carbonate de chaux. A. F. PLICQUE.

Vaughan HARLEY. Formation of urobilin (*Brit. med. Journ., p. 898, 3 oct. 1896*).

Les théories relatives à la production de l'urobiline sont multiples. On l'a fait successivement dériver du foie, du sang par destruction des hématies, du rein, des tissus et enfin de l'intestin.

Les expériences de Vaughan Harley le conduisent aux conclusions suivantes :

1° Le pigment biliaire contenu dans la partie de l'intestin grêle se transforme, dans son trajet intestinal, en un chromogène dénué de couleur, qui en reprend dans la partie inférieure de l'intestin ;

2° L'urobiline se forme normalement dans le gros intestin au-dessous de la valvule iléocœcale et très rarement dans l'iléon; elle correspond à la région où les putréfactions intestinales sont le plus actives ;

3° La coloration de la paroi du cœcum et du gros intestin par l'urine est un phénomène de diffusion cadavérique et n'indique pas l'absorption de la mobiline sur l'animal vivant;

4° L'accroissement de l'urine dans les cas pathologiques indique l'accroissement des putréfactions intestinales et se rencontre dans des états dissemblables : *a*) tous les états infectieux toxiques; *b*) toutes les

Digitized by Google

hémorragies viscérales, en un mot toutes les fois qu'il y a eu une large destruction globulaire. H. RENDU.

MANNELLI et GIUDICE. Sur un rapport spécial existant entre l'urée et le chlore éliminés avec les urines (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 225*).

Le chlore urinaire subit les mêmes variations que l'urée. Dans la pneumonie, contrairement aux assertions de quelques pathologistes, les chlorures n'ont pas diminué. C'est la nutrition exclusivement végétale qui donne le chiffre le plus élevé de chlore excrété. Durant le travail musculaire il y a diminution du chlore et augmentation de l'urée.

Le rapport est constant dans l'inanition physiologique. DASTRE.

J. NOVI. Ueber den Einfluss der Kohlehydrate, des Fettes und des Leims auf den anorganischen Stoffwechsel (Influence des hydrates de carbone, de la graisse et de la gélatine sur l'excrétion des substances minérales) (*Centralbl. f. Physiol.*, *XI*, *p. 329*, *1897*).

L'ingestion d'hydrocarbonés ou de graisse diminue l'excrétion d'azote urinaire, mais diminue dans une proportion plus marquée encore l'excrétion de l'acide phosphorique, tant chez le chien à jeun que chez le chien soumis à un régime alimentaire normal. L'ingestion de gélatine diminue pareillement le chiffre de l'acide phosphorique excrété. Il y a légère diminution du sodium et du potassium excrété sous l'influence de l'ingestion des hydrocarbonés, des graisses et de la gélatine. La quantité d'urine sécrétée diminue sous l'influence de l'ingestion de glycose.

LÉON FREDERICQ.

W. TUNNICLIFFE. Contribution to on knowledge of soluble urates (*Brit. med. Journ.*, *p. 518*, *27 fév. 1897*).

Tunnicliffe étudie deux nouveaux dissolvants de l'acide urique.

1° En ajoutant 10 grammes d'acide urique à une solution de 5 grammes de pipéridine dans 50 centimètres cubes d'eau, l'acide urique se dissout rapidement à froid. L'urate de pipéridine ainsi obtenu peut être précipité ensuite par une forte solution de chlorure de sodium ; il est très soluble dans l'eau distillée : à 17°, sa solubilité est de 5 0/0 ; à 100°, de 25 0/0.

2° En ajoutant à 4 grammes d'acide urique une solution de 2gr,5 d'hexaméthylénamine dans 100 centimètres cubes d'eau, on obtient une solution claire d'urate d'hexaméthylénamine très soluble, mais moins que l'urate de pipéridine. H. RENDU.

RUTTAN et ADAMI (de Montréal). Notes on the composition of the blood serum in pernicious anœmia (*Brit. med. Journ.*, *p. 1700*, *12 déc. 1896*).

Le sérum examiné dans un cas d'anémie pernicieuse avait un poids spécifique de 1026, inférieur à la moyenne 1030. Il contenait seulement

Digitized by Google

512 0/0 de matières albuminoïdes, consistant en 2,3 0/0 de globuline et 219 0/0 de sérine. Cette proportion est de 40 0/0 inférieure à la normale.

La quantité totale de fer contenue dans le foie fut de 0,2433 0/0, calculée d'après le poids du tissu hépatique non desséché, soit 0,72 0/0 du tissu desséché. Cette observation concorde avec les résultats déjà obtenus de la très grande quantité de fer que renferme le foie dans l'anémie pernicieuse, résultats mis en relief par W. Hunter.

H. RENDU.

Albert ROBIN et Maurice BINET. Études cliniques sur le chimisme respiratoire : les échanges respiratoires dans les hémorragies (*Arch. générales de méd., juin 1897*).

Les hémorragies soit physiologiques (menstrues), soit provoquées (saignées), ont, à des degrés divers, la propriété d'accroître les échanges gazeux ; cette propriété peut être utilisée dans les maladies infectieuses quand il y a rétention de déchets de la dénutrition ; dans les cardiopathies, dans l'asystolie et l'urémie, l'action mécanique de la saignée n'agit pas seule, elle est puissamment aidée par son action chimique. Les hémorragies pathologiques du type de l'hémoptysie n'ont qu'une action faible et variable sur les échanges gazeux; en général, elles tendent plutôt à les restreindre.

H. L.

Hermann KELLER. La nutrition pendant la menstruation et son rôle dans le processus vital chez la femme (*Arch. gén. de méd., mai 1897*).

L'influence de la menstruation normale se caractérise par une diminution de l'azote total, de l'urée et surtout des matières azotées incomplètement oxydées, et par une augmentation du coefficient d'oxydation d'Albert Robin.

L'équilibre azoté n'est pas troublé par le retour physiologique des pertes sanguines.

La menstruation est accompagnée d'une diminution de la destruction de l'albumine du corps ; l'oxydation des éléments atteint le maximum.

C'est approximativement au milieu entre deux époques, que les produits de désassimilation des corps azotés (azote total, acide urique, urée, etc.), atteignent leur minimum. La menstruation n'est que le symptôme d'un mouvement périodique qui parcourt toute la vie de la femme.

H. L.

Louis LAPICQUE. Expériences montrant que le foie détruit l'hémoglobine dissoute et qu'il en garde le fer (*C. R. Acad. des Sc., 10 mai 1897*).

Chez les chiens d'environ un an le foie présente, comme coloration et teneur en fer, des caractères assez constants pour qu'on puisse, par une série d'observations, établir une normale. Or, en injectant dans les veines d'un animal de cet âge une solution d'hémoglobine, on constate que le rein n'élimine en moyenne que la dixième partie de la quantité

Digitized by Google

injectée ; mais le foie prend une couleur plus foncée et sa teneur en fer s'élève à plus du double de la normale. Cependant tout montre que lorsque les globules sanguins sont détruits dans l'organisme, les accumulations de fer se font dans la rate et non dans le foie. Il faudrait donc admettre qu'il existe deux mécanismes hématolytiques : l'un s'appliquant aux globules (par exemple aux globules extravasés), et déposant du fer dans la rate ; l'autre à l'hémoglobine dissoute dans le plasma et déposant le fer dans le foie. M. DUVAL.

J. GAULE. Resorption von Eisen (fer) und Synthese von Hämoglobin (*Zeitschr. f. Biol., XXXV, p. 377, 1897*).

Le perchlorure de fer dilué introduit dans l'estomac du lapin est résorbé à la surface de l'épithélium du duodenum, passe ensuite par les espaces et les vaisseaux lymphatiques et est déversé par le canal thoracique dans la circulation sanguine. Il se dépose ensuite dans la rate. Ce fer minéral subit une série de transformations qui aboutissent à la néoformation d'hémoglobine. Dans le chyle, le fer se trouve déjà à l'état d'albuminate. Dans la rate, il se transforme en une nouvelle substance, un antécédent de l'hémoglobine. La dernière phase du processus paraît avoir son siège dans le foie et dans la moelle des os.

LÉON FREDERICQ.

L. VAUDIN. Sur la richesse du lait en éléments minéraux et en phosphates terreux (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 6, p. 540, juin 1896*).

Le lait de vache normal, quels que soient le pays de production, la race de l'animal, son alimentation, sa sécrétion journalière, etc., renferme une quantité de cendres peu variable comprise habituellement entre 7 et 8 grammes par litre, dont $3^{gr},3$ à 4 grammes de phosphates terreux (phosphates de chaux, de manganèse et de fer précipitables par l'ammoniaque) ; les causes des faibles variations observées sont, par ordre d'importance, l'individualité et l'alimentation. Certaines influences normales ou pathologiques, en modifiant la nature du lait, déterminent une augmentation des cendres et des matières protéiques. Cette augmentation n'est pas parallèle d'une façon constante dans les laits normaux.

P. TISSIER.

LANNOIS et MARTY. Analyse chimique du cérumen (*Annales mal. de l'or., juin 1897.*)

Les matières grasses solubles dans l'alcool et l'éther constituent plus du tiers du cérumen sec (acides gras libres, 2,99 0/0 ; graisses, 8,16 0/0, cholestérine, 7,06 0/0 ; savons, 16,10 0/0, lécithine, 3,74 0/0).

Le pigment jaune du cérumen paraît très analogue au pigment de la graisse humaine. Il est, comme lui, soluble dans l'alcool et les graisses, mais en diffère par son peu de solubilité dans l'éther.

Il est probable qu'il existe des leucomaines dans le cérumen.

Le principe amer du cérumen est encore indéterminé. A. CARTAZ.

Digitized by Google

Max CREMER et Hans NEUMAYER. Ueber Kothabgrenzung (Délimitation des excréments) (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXXV*, *p. 391*).

Les auteurs recommandent de mêler 25 à 120 grammes d'acide silicique, préparé par voie humide, à 100 ou 200 grammes de graisse ou de viande, et à faire avaler la masse aux chiens chez lesquels on veut délimiter les excréments correspondant à une période d'expérience. Voit avait employé dans le même but des os pilés. On peut aussi mélanger les aliments avec d'autres corps inertes : talc, liège rapé, etc., qui servent à marquer pour ainsi dire les excréments provenant de ces aliments.

LÉON FREDERICQ.

O. LUZZATTO. Contribution à l'étude des protéiques du sérum sanguin dans la putréfaction (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p*, *265*, *et Lo Sperimentale*, *L*, *3*).

Les substances protéiques du sang et des transsudats ressentent assez lentement l'action destructive des bactéries saprogènes. On rencontre au bout d'une année, dans le liquide mis à putréfier, ces substances en notable quantité. Le processus n'a pas une marche graduelle et régulière; il dépend de la température du milieu. Dans le sérum sanguin, la destruction de la globuline est plus grande que celle des séroalbumines, et ce rapport s'accentue avec la progression du processus de décomposition. Dans les transsudats, ce rapport n'est pas constant. Les globulines ont un caractère catabolique : elles proviennent d'un premier degré de destruction des tissus. Elles sont plus destructibles par les microorganismes.

DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

LAPINSKY. Ein Beitrag zur Frage über die sogenannte faserige Degeneration der Capillaren..... (Dégénération fibreuse des capillaires de l'écorce cérébrale) (*Deut. Zeitsch. f. Nervenh.*, *X*, *p. 368*).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : les capillaires moyens et fins (1,5 μ) sont sujets à un même processus de dégénération fibreuse que les artères et on peut nommer cette lésion : endoartérite et périartérite. Cette lésion se montre sur les capillaires comme sur les artères, soit sous la forme de plaques, soit sous la forme de fascicules. Ce processus tend au rétrécissement de la lumière des capillaires, lorsque ceux-ci sont fins, il amène leur oblitération.

Ce processus détermine un trouble qualitatif et quantitatif dans la nutrition du tissu cérébral, le trouble qualitatif consiste en ce que probablement les liquides qui filtrent à travers la paroi des capillaires se trou-

Digitized by Google

vent modifiés par les altérations de celle-ci. La circulation cérébrale se trouve en outre modifiée par la diminution d'élasticité des capillaires ainsi altérés. PIERRE MARIE.

Carlo CENI. Sulle fine alterazioni istologiche del midollo spinale nelle degenerazioni secondarie ascendenti e discendenti (*Arch. per le sc. med.*, *XX*, 7).

A la suite de lésions transverses de la moelle épinière, depuis les premiers jours et presque dès l'apparition des premières traces de dégénération secondaire des cordons blancs, surviennent aussi dans la substance grise des altérations appréciables aussi bien au-dessus qu'au-dessous de la lésion.

Ces altérations portent et sur les éléments nerveux et sur le tissu interstitiel (névroglie), et sont distribuées dans la substance grise par petits foyers irrégulièrement disséminés parmi les éléments normaux. Les éléments nerveux sont soumis à un processus d'atrophie progressive, tandis que les éléments névrogliques limitrophes, presque d'une façon contemporaine subissent seulement des modifications nutritives, prenant part active au processus.

La nature du processus anatomo-pathologique est constamment caractéristique, particulièrement dans les cellules nerveuses, dans lesquelles l'aspect spécial consiste presque exclusivement dans les altérations morphologiques de leurs prolongements, soit protoplasmatiques, soit nerveux, appréciables seulement par les méthodes de Golgi.

Quant au contenu des prolongements protoplasmatiques des cellules nerveuses dans leur processus morbide, l'auteur se croit autorisé à admettre que le contenu de deux groupes bien distincts de prolongements protoplasmatiques étant constamment différent dans une même cellule, il y a lieu d'assigner une signification physiologique différente à ces prolongements pathologiquement distincts.

Quant à la manière dont se comporte le prolongement nerveux, quoiqu'il soit toujours possible de le différencier même pathologiquement des prolongements protoplasmatiques par la nature différente des modifications morphologiques, en revanche il n'est pas toujours aisé de tenir compte de l'époque à laquelle ces modifications apparaissent, car le processus nerveux peut ne s'altérer que lorsque les processus protoplasmatiques sont déjà très atteints.

Les altérations du tissu interstitiel des cordons blancs ne se manifestent qu'à une période avancée des dégénérations systématiques correspondant aux zones dégénérées ; ces altérations, contrairement à ce qui a lieu pour la substance grise, donnent plutôt lieu à des modifications de structure du tissu lui-même qu'à des modifications de forme des éléments qui composent normalement celui-ci.

Ce travail est basé sur de nombreux faits expérimentaux et accompagné de figures montrant les altérations cellulaires. PIERRE MARIE.

Digitized by Google

E. LUGARO. Sulle alterazioni degli elementi nervosi negli avvelenamenti per arsenico e per piombo (*Riv. di patol. nerv. e mentale, II, p. 49*).

La partie achromatique des cellules nerveuses contient les organes de la conduction nerveuse, c'est-à-dire les fibrilles, qui dans les prolongements protoplasmatiques ont un trajet parallèle et dans le corps de la cellule forment un fin réticulum.

La partie chromatique se dispose passivement dans les interstices laissées par la partie achromatique.

Dans les affections d'origine toxique portant primitivement sur les éléments nerveux, la partie chromatique s'altère la première ; l'altération de la partie achromatique suit celle-ci avec une rapidité qui varie avec l'agent toxique et le type cellulaire. Les altérations sont d'ailleurs différentes pour un même poison sur les diverses cellules, et sur une même cellule pour les divers poisons. Les altérations de la partie chromatique sont réparables, il n'en est probablement pas de même pour celles de la partie achromatique. Les altérations du noyau sont les dernières à se produire, elles accompagnent les plus graves lésions du cytoplasme, il est probable qu'elles surviennent au moment où la résistance de la cellule est à bout. Dans les prolongements protoplasmatiques les altérations sont plus tardives que dans le corps cellulaire.

La coloration avec l'hématoxyline de Delafield permet de suivre l'altération de la partie achromatique et de comparer, au point de vue chronologique, celle-ci avec celle de la partie chromatique.

PIERRE MARIE.

V. TIRELLI. Comment se comporte le stroma neurokératinique des fibres nerveuses dans le tronc périphérique d'un nerf sectionné et dans le cadavre (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 33, et Arch. per le sc. med., XX, n° 8*).

Les spirales cornées dans les fibres nerveuses périphériques, séparées du centre, résistent plus que la gaine myélinique et que le cylindraxe. Leur résistance est directement proportionnelle à l'âge et plus grande chez le chien que chez le lapin. La déformation des spirales n'est pas causée par une lésion intrinsèque du fil qui les compose mais elle est secondaire et consécutive à la destruction du cylindraxe auquel elles s'attachent par leur sommet. Chez l'homme et chez le chien le stroma neurokératinique résiste encore davantage : il conserve ses caractères normaux dix-huit jours après la mort. Ces spirales cornées n'ont donc qu'un rôle accessoire de soutien.

DASTRE.

M. NONNE. Ueber Degenerationsherde in der weissen Substanz des Rückenmarkes bei Leukämie (Sur les foyers de dégénération de la substance blanche médullaire dans la leucémie) (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., X, p. 165*).

Nonne a examiné la moelle de deux individus atteints de leucémie; dans tous deux il trouva des points de dégénération irrégulièrement parsemés sur les coupes de la moelle, présentant un caractère parenchymateux aigu et fort analogues à ceux que l'on rencontre dans les anémies graves, mais ne sem-

Digitized by Google

blant pas être en rapport avec les vaisseaux. A ce propos il rapporte le petit nombre de faits, publiés par différents auteurs, dans lesquels on a trouvé des lésions médullaires ou bulbaires chez des leucémiques. PIERRE MARIE.

E. FLATAU. Ueber Veränderungen des menschlichen Rückenmarks nach Wegfall grösserer Gliedmassen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 15, p. 327 et n° 18, p. 390, 12 avril et 3 mai 1897*).

Flatau a étudié les altérations qui surviennent dans la moelle épinière peu de temps après l'amputation d'un membre. Dans les deux cas qu'il examinés, il existait des lésions dans les cellules des cornes antérieures. Dans le premier cas, il s'agissait d'une thrombose post-pneumonique des deux artères fémorales avec gangrène consécutive des membres inférieurs qui furent amputés; mort 3 semaines après la thrombose. Dans le second cas, la jambe gauche avait déjà été amputée et Goldscheider diagnostiqua une tumeur de la queue de cheval au niveau des racines ventrales, en raison des phénomènes de compression : paralysie vésicale, anesthésie des organes génitaux, du périnée et de l'anus, persistance du réflexe rotulien et disparition du réflexe du tendon d'Achille dans la jambe conservée; mort 3 mois après l'amputation. Diagnostic vérifié à l'autopsie.

Dans l'un et l'autre cas, au niveau de la moelle lombo-sacrée, les cellules des cornes antérieures présentaient un volume exagéré et une configuration ronde; il y avait désagrégation finement granuleuse des corpuscules cellulaires de Nissl et striation pariétale du noyau. Dans le second cas, au haut de la moelle lombaire, les cellules n'étaient altérées que du côté amputé, tandis qu'au niveau de la moelle saine, elles l'étaient des deux côtés, à cause de la tumeur; en même temps il y avait dégénérescence des racines intramédulaires et des cordons postérieurs. Mais en dehors de la dégénération des cordons postérieurs, résultant de la compression des racines saines, du côté amputé, au niveau des portions moyenne et supérieure de la moelle lombaire, il y avait dégénérescence des cellules radiculaires, dites collatérales réflexes. J. R.

Robert FLEMING. Somé notes on ascending degeneration, and on the changes in nerve cells consequent thereon (*Brit. med. Journ.*, *p. 918, 3 oct. 1896*).

Fleming reprend la question des dégénérations ascendantes consécutives aux amputations expérimentales. Dans les nerfs correspondants, au moignon d'amputation, les fibres nerveuses sont remplacées dans une proportion considérable par du tissu conjonctif; dans celles qui persistent, les cylindres ont diminué de calibre.

Les changements dans les cellules nerveuses des ganglions rachidiens postérieurs ne sont pas moins considérables. Elles s'altèrent de très bonne heure, bien avant les cellules de la moelle, du quatrième au septième jour.

La première modification qui s'y produit est la diminution de volume du noyau et du nucléole ainsi que leur situation excentrique par rapport au protoplasma cellulaire. Les granules chromatiques des cellules sont également moins nombreux, moins volumineux et concentrés au niveau du noyau, au lieu d'être irrégulièrement disséminés. Les espaces lymphatiques péri-cellulaires sont agrandis, ce qui ajoute à l'apparence atrophique de la cellule.

Digitized by Google

A une phase plus avancée, le protoplasma cellulaire subit une désintégration qui se traduit par ce fait que l'éosine et le bleu de toluidine n'ont pas d'action colorante sur lui. H. R.

M.-J. GOURWITCH. Lésions anatomiques dans la dégénérescence conjonctive du muscle cardiaque (myo-fibrose du cœur) (*Thèse de Youriew, 1896*).

En outre des lésions cicatricielles du muscle cardiaque, il existe une forme de dégénérescence conjonctive diffuse de la fibre musculaire elle-même, qui a une grande analogie avec la sclérose des vaisseaux. La production du tissu conjonctif est une sorte de compensation de l'insuffisance de la couche musculaire ; le maximum des lésions correspond toujours au point de dilatation du cœur. La cause en est due à la faiblesse cardiaque et se ramène à : 1° la vieillesse ; 2° aux causes mécaniques (lésions valvulaires) ; 3° toxiques (alcool) ; 4° infectieuses.

H. FRENKEL.

A. HASENFELD et F. ROMBERG. Ueber die Reservekraft des hypertr. Herzmuskels..... (Sur l'énergie de réserve du muscle cardiaque hypertrophié et sur l'importance du pouvoir de dilatation diastolique du cœur) (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm., XXXIX, p. 333*).

Dans l'insuffisance expérimentale des valvules aortiques chez le lapin, lorsque le myocarde est sain et fonctionne normalement, l'étendue de l'insuffisance a la plus grande importance pour l'état anatomique et physiologique du cœur. Lorsque la perte de substance est faible ou moyenne, il se développe exclusivement une dilatation et une hypertrophie du ventricule gauche. Si l'insuffisance aortique est très marquée, il se produit, par suite de l'insuffisance de la dilatation diastolique du ventricule gauche, une augmentation de pression dans l'oreillette gauche et la petite circulation et consécutivement une hypertrophie de l'oreillette gauche et du ventricule droit, cette dernière étant bien plus faible que pour le ventricule gauche.

Si les lésions sont légères, les conditions de la vie ne sont pas changées. Si elles sont marquées, elles peuvent amener la mort subite. Le développement de l'hypertrophie augmente la force générale du cœur. Il fournit le surplus de travail qui résulte de l'insuffisance valvulaire et conserve comme à l'état normal une énergie de réserve. La force de réserve du cœur hypertrophié est égale à celle du cœur normal. Cependant le myocarde hypertrophié de l'insuffisance aortique ne peut fournir le même travail et cela d'autant moins que l'insuffisance est plus forte. La raison de cette infériorité est l'insuffisance de la dilatation diastolique du ventricule gauche.

L'énergie individuelle du cœur normal et du cœur hypertrophié par insuffisance valvulaire est extrêmement variable. Il en est de même de sa capacité de dilatation diastatique.

Les artères du corps, dans l'insuffisance aortique, présentent des modifications importantes dans leur état anatomique et physiologique d'autant plus marquées que l'insuffisance est plus marquée. Leur rétractilité est diminuée et leur contractilité plus faible que celle des artères normales.

PAUL TISSIER.

Digitized by Google

A. BRAULT. Artérites et scléroses (*1 vol. in-16, Paris, 1897*).

Ce volume fait suite à un premier travail déjà analysé (Voy. *R. S. M.*, L, p. 46.)

Ce second volume traite du rapport des artérites avec les inflammations aiguës ou chroniques et spécialement les scléroses.

Dans les inflammations aiguës les lésions artérielles sont loin d'avoir une importance capitale ; on constate, le plus souvent dans les artérioles et d'une façon inconstante, une saillie plus ou moins marquée des endothéliums ou un épaississement limité de la membrane interne. Particulièrement dans les affections hypertoxiques, des dégénérescences très prononcées peuvent exister sans que les artères soient malades, de sorte qu'il faut renoncer à cette croyance qu'il y a relation directe entre les lésions artérielles et le degré de désorganisation des parenchymes.

Le rôle de l'artérite dans les inflammations nodulaires n'est guère plus important. Qu'il s'agisse de tuberculose aiguë ou chronique à ulcérations rapides ou à processus sclérosant très lent, le tubercule atteint bien les artères, mais seulement au même titre que les autres tissus. Il en est de même pour la syphilis, où l'endartérite ne peut expliquer à elle seule la formation de la gomme ; de même pour la lèpre où, malgré l'importance des lésions vasculaires, on ne peut leur assigner une place prépondérante sur les nodules lymphatiques intra-dermiques et les névrites chroniques, qui représentent, au même titre que les endartérites, des réactions locales provoquées par la présence du bacille lépreux.

Lorsqu'on recherche s'il existe une relation entre les lésions des artères et les inflammations chroniques ou scléroses, idée qui fait le fondement de la théorie de l'artério-sclérose généralisée, on constate d'abord par l'étude des faits que des lésions vasculaires très prononcées, à proximité des organes eux-mêmes, peuvent coïncider avec l'intégrité de ceux-ci, et inversement que les scléroses organiques les plus étendues se rencontrent sans que les artères afférentes présentent la moindre altération.

L'étude du petit rein granuleux, de la myocardite scléreuse, de la cirrhose du foie, montrent que le développement du tissu conjonctif n'est pas commandé par les lésions vasculaires.

Pour étudier la pathogénie des scléroses, l'auteur passe d'abord en revue les organes les plus simples qui peuvent en être atteints (endartère, membranes fibreuses, séreuses, synoviales, muqueuses de l'estomac, de l'intestin, des organes génito-urinaires, du col de l'utérus, système nerveux). Partout la sclérose reste indépendante des lésions artérielles, mais relève bien d'un processus d'inflammation chronique local, qui évolue sur le tissu interstitiel des organes aussi bien que sur les autres éléments, comme le prouve dans les muqueuses, par exemple, la constatation fréquente d'une hypertrophie glandulaire parallèle au développement du tissu conjonctif et provoquée par le même processus irritatif.

Si on considère ensuite les scléroses dans les organes de structure plus compliquée et si l'on prend comme type la cirrhose alcoolique du foie, on voit encore le tissu conjonctif des espaces portes s'hypertrophier en même temps que sous l'influence du toxique, les trabécules hépatiques voisines se désagrègent et s'atrophient.

Digitized by Google

Ces lésions complexes ne peuvent avoir un point de départ vasculaire ; tous les éléments d'une série de petites zones hépatiques ont été atteints en même temps par l'alcool ; mais ces adultérations restent indépendantes les unes des autres, parallèles et non consécutives, car on ne peut plus soutenir l'opinion si souvent avancée que l'atrophie des cellules hépatiques serait la conséquence d'une destruction produite par l'étreinte des bandes rétractiles de sclérose annulaire.

D'ailleurs, l'irritation dans le foie comme dans les muqueuses, ne produit pas toujours l'atrophie des éléments cellulaires, ceux-ci peuvent au contraire s'hypertrophier et produire au cours d'une cirrhose des foyers d'hyperplasie nodulaire ou d'adénome. Cette généralisation des lésions sur tous les éléments du foie démontre bien que le terme de la cirrhose ou sclérose hépatique, qui ne fait mention que d'une seule des modifications anatomiques, est impropre et doit être remplacé par celui d'hépatite chronique.

La même complexité des lésions se retrouve dans les inflammations chroniques des reins, s'accompagnant de sclérose. Quant à la myocardite scléreuse, elle est toujours partielle, n'affecte jamais une distribution généralisée comme les scléroses du foie ou du rein ; c'est d'ailleurs une affection assez rarement constatée anatomiquement, d'origine inflammatoire exceptionnelle, dérivant alors soit de la propagation d'une endocardite pariétale, soit d'une infection microbienne apportée par une artère coronaire ; beaucoup plus souvent il s'agit de la cicatrice d'une infarctus cardiaque consécutif à l'oblitération d'une branche importante des artères coronaires. Cette constatation permet de répéter une fois de plus qu'il ne peut y avoir de solidarité entre les scléroses des artères, du cœur et des reins et que la théorie de l'artério-sclérose généralisée ne repose sur aucun fondement.

En résumé, les scléroses organiques sont le plus souvent une des principales manifestations de l'inflammation chronique d'un parenchyme. Les intoxications provoquent une irritation diffuse, prolongée et soutenue, déterminent plus particulièrement des scléroses généralisées et symétriques, tandis que les infections provoquent en général des scléroses plus limitées, irrégulièrement réparties.

Parmi les toxiques introduits dans l'économie, certains d'entre eux paraissent faire une sélection organique et frapper un organe plutôt que les autres, tel l'alcool pour le foie, le plomb pour le rein, bien qu'ils pénètrent également dans la circulation générale. H. BOURGES.

F. SUTER. Ueber das Verhalten des Aortenumfanges..... (Sur la circonférence de l'aorte dans les conditions normales et pathologiques) (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm., XXXIX, p. 289*).

La circonférence de l'aorte ascendante fut mesurée à l'Institut anatomique de Bâle sur 2,719 cadavres. Elle dépend de l'âge et du sexe et si l'on ne tient pas compte du sexe, de la grandeur du sujet. Ni dans la fièvre puerpérale, ni dans la fièvre typhoïde, ni dans les lésions du cœur, chez les cancéreux, chez les phtisiques, on n'observe de mortalité plus forte chez les sujets à aorte étroite ou large. Les différences dans la circon-

Digitized by Google

férence de l'aorte, que l'on observe chez ces malades, ne dépendent que de l'âge ou du sexe des sujets.

La circonférence de l'aorte mesurée sur le cadavre ne correspond pas à la circonférence chez le vivant, parce que l'extensibilité de l'aorte varie suivant les individus. L'extensibilité de la paroi aortique sur le cadavre, c'est-à-dire la faculté de revenir sur elle-même après la chute de la pression sanguine décroît avec l'âge. Les aortes étroites, à parois minces, que l'on trouve chez les sujets jeunes, sont le plus souvent très élastiques.

Il est très vraisemblable que la circonférence de l'aorte ascendante est aussi pendant la vie plus petite chez la femme que chez l'homme. Nous n'avons encore aucun document précis, probant, sur l'existence d'une aorte étroite au sens de Virchow et de Rokitansky. Le chiffre normal de la circonférence de l'aorte et l'étendue des variations individuelles chez les sujets vivants nous sont pour le moment inconnus et il n'est pas légitime de suppléer à cette ignorance par la mensuration sur le cadavre.

PAUL TISSIER.

WESTPHAL. Ueber die Markscheidebildung der Gehirnnerven des Menschen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 51*, *p. 1145*, *21 déc. 1896*).

Westphal a recherché si le développement de la gaine de myéline des nerfs crâniens chez l'homme est terminé à la naissance, ou au contraire si, pareillement à ce qu'il a montré pour les nerfs rachidiens périphériques, la formation de la myéline n'est achevée qu'ultérieurement.

Il a reconnu qu'à la naissance, les nerfs moteurs contiennent déjà de la myéline dans leur trajet extracérébral, tandis que les nerfs sensitifs, les nerfs mixtes, ainsi que ceux des sens spéciaux sont encore incomplets, à l'exception de l'acoustique qui est déjà composé de fibres à myéline. Ce n'est que de la 9e à la 10e semaine après la naissance que les nerfs cérébraux sensitifs ont acquis leur parfait développement. J. B.

A. Pearce GOULD. Spontaneous disappearance of secondary cancerous growths (*Brit. med. Journ.*, *p. 1642*, *5 déc. 1896*).

Femme de 43 ans, amputée d'un sein cancéreux en mai 1890. En 1892, elle revient avec une induration nodulaire de l'aisselle, qui est opérée. En février 1894, récidive de tumeurs sur la cicatrice de la première opération, et aussi dans le sein droit. On les extirpe encore. En décembre 1894, elles reparaissent et cette fois la malade est jugée inopérable. Elle a de la dyspnée, de la toux, et une expectoration sanguinolente. Sur la peau et dans les ganglions axillaires se voient une infinité de petits nodules cancéreux ; le sommet du poumon est mat, les ganglions sus-claviculaires engorgés : au niveau du trochanter gauche se voit une tuméfaction osseuse suspecte. Le cancer est évidemment généralisé et la situation semble désespérée. Pourtant, sans aucun traitement spécial, le 15 juin 1896, la malade est revue dans un état bien meilleur : les nodules de la poitrine ont tous disparu, ainsi que les glandes axillaires et sus-claviculaires. La dyspnée est nulle, la matité pulmonaire limitée à un point circonscrit de la base ; enfin la tumeur trochantérienne, tout en restant douloureuse, a beaucoup diminué. L'examen des

Digitized by Google

tumeurs a montré qu'il s'agissait de la forme scléreuse du carcinome. Il n'est donc pas douteux qu'il n'y ait eu là une véritable régression d'un cancer squirrheux.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Bowlby, Savill, Golding Bird et Makins ont cité des faits analogues. H. R.

F. Parkes WEBER. General lymphadenomatosis of the bones (*Brit. med. Journ., p. 1159, 8 mai 1897*).

Homme de 61 ans, atteint de cyphose progressive, avec douleurs abdominales exaspérées par la station debout. Démarche courbée et lente ; œdème léger de la région rachidienne et des extrémités. Affaiblissement progressif et mort sans lésions viscérales apparentes, avec une bronchite terminale. A l'autopsie, tous les os furent trouvés malades. Le tissu osseux était remplacé par des productions sarcomateuses à petites cellules, très vasculaires, distribuées irrégulièrement, et sur certains points ayant détruit toute la substance osseuse jusqu'au périoste. Quelques ganglions sous-claviculaires montraient la même dégénération. Sclérose concomitante des reins et des poumons, sans tuberculose ni cancer viscéral. Pas d'examen du sang. H. RENDU.

SABRAZÈS et CHABANNES. Note sur les lésions des cellules nerveuses de la moelle dans la rage humaine (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, mai-juin 1897*).

Les cornes postérieures, les groupes cellulaires postéro-internes des cornes antérieures sont altérés au premier chef. Les cellules postéro-externes et antérieures de ces mêmes cornes présentent aussi des altérations évidentes, mais plus diffuses et moins accentuées.

La plupart des cellules de la substance de Rolando et des cornes antérieures et postérieures sont non seulement dépourvues de prolongements, de granulations chromatophiles, mais encore de noyau. Le corps cellulaire n'est plus qu'un globe anhiste, tandis que, plus en avant, dans les cornes antérieures, on aperçoit des degrés divers d'altérations :

A. Les cellules mesurent de 37 à 40 μ sur 24 à 25 μ; elles ont conservé leur forme multipolaire, leur noyau, leurs dépôts chromatiques assez régulièrement distribués en stries parallèles, mais les prolongements sont plus courts, comme interrompus, et parfois coupés d'un espace clair oblique.

B. La cellule nerveuse encore polygonale a perdu en grande partie ses prolongements ; le noyau est parfois reporté vers la périphérie.

Les phénomènes de chromatolyse plus ou moins accusés modifient profondément l'aspect de l'élément : tantôt la disparition de la substance chromatique s'observe à la périphérie ; les grumeaux chromatiques sont, pour ainsi dire, pulvérisés et leur dissémination dans le spongioplasme donne lieu à l'apparence d'un réseau ; tantôt la chromatolyse s'exerce dans l'espace qui sépare le noyau de la membrane et la substance chromophile ne persiste qu'excentriquement en bords irréguliers, sous forme de grains et de blocs inégalement colorés.

Dans d'autres cas, la chromatolyse ne respecte plus qu'un segment limité de la cellule. Enfin on voit dans un même corps protoplasmique, des régions vacuolaires ou non, totalement dépourvues de granulations

Digitized by Google

chromatiques, à côté d'autres où la chromatolyse s'est effectuée avec plus ou moins d'intensité.

C. La cellule ovalaire ou globuleuse, parfois encore polyédrique, ratatinée, est ou non munie de son noyau. Le protoplasme est parsemé d'une fine poussière chromogène, raréfiée par places et d'aspect jaunâtre. Le spongioplasme n'est plus visible.

D. A un stade encore plus avancé, non seulement les résidus de la chromatolyse, mais encore le spongioplasme et le noyau ont disparu. Le nucléole se fragmente et se réduit à une série de granulations d'inégal volume ; la membrane nucléaire s'efface et disparaît. Il ne reste plus de la cellule qu'une sorte de globe à contours assez marqués, doués d'une réfringence anormale. G. LYON.

W. BOULATOW. Lésions des fibres élastiques des poumons dans la vieillesse (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

Les fibres élastiques des poumons subissent des changements importants dans la vieillesse, surtout dans l'emphysème sénile. Ces lésions portent sur l'aspect et la longueur des fibres qui sont épaissies, ondulées, de forme irrégulière, souvent raccourcies, comme déchirées. Il n'y a ni aspect granuleux, ni formation de boules, ni dégénérescence vitreuse ou hyaline. Les vaisseaux, au contraire, notamment les artérioles et les capillaires, présentent de la dégénération vitreuse. H. FRENKEL.

Cyril OGL. Dermoid cyst involving the lung (*Brit. med. Journ., p. 589, 6 mars 1897*).

Homme de 28 ans, mort d'hémoptysie. On trouve dans le poumon droit une ectasie bronchique pénétrée par une foule de végétations digitiformes recouvertes d'épiderme et fournis de poils.

La cavité renfermait du sang, du pus, des cheveux et une dent. Le kyste pénétrait en même temps dans le médiastin.

Rickman Godlee a vu un cas analogue il y a quelques années. Ces kystes dermoïdes du médiastin peuvent être complètement latents, ou produire un empyème par leur ouverture dans la plèvre, ou s'ouvrir dans le poumon en donnant lieu à des hémoptysies et à des signes de phtisie. H. RENDU.

TONNEL. Contribution à l'étude du foie sénile (*Bull. Soc. centr. de méd. du Nord, 26 mars 1897*).

En dehors de tout processus pathologique, on trouve, chez le vieillard, les bords supérieur et inférieur du foie abaissés et la distance verticale qui les sépare diminuée. Le foie, comme chassé de la cage thoracique, paraît hypertrophié, alors qu'il est en réalité un peu atrophié (4 à 500 grammes de moins). Il devient scléreux par hyperplasie du tissu conjonctif sans qu'il y ait dégénérescence marquée de l'élément noble. Les diverses fonctions : biligénique, uréogénique, probablement glycogénique, ainsi que le pouvoir d'arrêt des poisons, sont affaiblies.

LEFLAIVE.

Digitized by Google

KLIPPEL. Rôle et lésions du plexus rénal dans les néphrites (*Gaz. hebd. Paris, 13 mai 1897*).

Dans deux cas de néphrite, l'une scléreuse, l'autre parenchymateuse, les nerfs et les cellules ganglionnaires du plexus rénal offraient des lésions inflammatoires et dégénératives, avec hypérémie vasculaire intense. Ces lésions peuvent expliquer certains symptômes observés au cours des néphrites, tels que : 1° les douleurs lombaires ; 2° l'irritabilité vésicale (pollakiurie) ; 3° certains troubles cardiaques (tachycardie ; ralentissement du cœur) ; 4° la glycosurie intermittente ; 5° les œdèmes, dans ce qu'ils relèvent de troubles vaso-moteurs (œdème unilatéral).

LEFLAIVE.

BURGHART. Diabète coexistant avec un sarcome surrénal (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 259, 22 mars 1897*).

Fait unique dans la science. Femme de 39 ans, bien portante jusqu'en 1896 ; depuis lors, soif, sécheresse de la gorge, sueurs extrêmement profuses. Entrée en février dans le service de von Leyden : l'urine renferme 8 0/0 de sucre et des traces d'albumine ; polyurie. Dans l'hypocondre gauche, grosse tumeur solide. Morte le 5e jour après l'admission, avec un peu de fièvre. A l'autopsie, fibromes utérins multiples ; étroitesse de l'aorte ; légère hypertrophie du ventricule gauche ; périhépatite fibreuse ; pancréas normal ; rate atrophiée ; reins intacts. Dans la capsule surrénale gauche, dont les parois ne subsistent qu'à l'état de vestiges, volumineuse tumeur globuleuse ayant un diamètre de 20 centimètres et formée de deux kystes ; il s'agit d'un sarcome. J. B.

E. v. LEYDEN et F. SCHAUDINN. Leydenia gemmipara Schaudinn, ein neuer, in der Ascitesflüssigkeit des lebenden Menschen gefundener amöbenähnlicher Rhizopode (*Sitzunsber. d. kgl. preuss. Akad. d. Wissensch. zu Berlin, XXXIX*).

Les rhizopodes n'avaient encore été signalés chez l'homme que comme parasites du tube digestif. Leyden et Schaudinn en ont reconnu la présence dans le liquide ascitique de deux cancéreux.

Ce sont des amibes de 3 à 36 μ de diamètre, se mouvant paresseusement, de configuration d'abord globuleuse ou irrégulièrement polygonale. Au bout de peu de temps, ces amibes émettent des prolongements formés en partie uniquement par de l'ectoplasma hyalin.

Le plasma, de structure alvéolaire, s'opacifie par le dépôt de corpuscules fortement réfringents, ayant un éclat jaunâtre et il participe à la production de pseudopodes par l'émission de prolongements filiformes granuleux. Les pseudopodes de divers individus peuvent fusionner. Le noyau, toujours unique en dehors des phases de multiplication, offre la structure typique de celui des rhizopodes ; son diamètre est assez constamment cinq fois plus petit que celui de l'amibe contractée. La multiplication a lieu par segmentation ou par gemmation. J. B.

Digitized by Google

Gustave NEPVEU. Étude sur les lésions infectieuses de la peste (*C. R. Acad. des Sc., 8 juin 1897*).

Le bacille de la peste est ubiquiste ; on le trouve dans le sang, la lymphe, le péritoine, l'espace sous-arachnoïdien, dans le protoplasma des cellules rénales, hépatiques, dans les fibres musculaires ramollies du cœur, dans les urines et dans les crachats. Il est partout en quantité colossale et sous trois formes : cocci courts (1 μ), cocci allongés (4 μ) rarement en chaînettes. Ce bacille ne produit pas d'endol. Il provoque la production d'un grand nombre de globules blancs, la diapédèse, la suppuration (bubons, anthrax, pneumonie), la dégénérescence granulo-graisseuse du protoplasma cellulaire, la formation de caillots dans le cœur. M. D.

A. BROCA et O. LENOIR. Note sur un cas de persistance du cartilage de Meckel avec absence de l'oreille externe du même côté (*Journ. de l'anat. et de la phys., sept.-oct. 1896*).

Étude d'un sujet âgé de trois mois, et qui ne présentait que des anomalies portant sur la région de l'oreille et de la mâchoire, à savoir : à droite une légère malformation de la conque du pavillon ; à gauche, des malformations complexes (absence de l'oreille externe, muscles masticateurs rudimentaires, état incomplet de la paroi externe de la caisse tympanique, état rudimentaire de la branche montante du maxillaire, persistance du cartilage de Meckel confondu en partie avec le ligament temporo-maxillaire). De l'analyse détaillée de ces arrêts de développement, l'auteur tire d'intéressantes conclusions, relativement à l'origine embryonnaire et à l'évolution normale des formations tympano-maxillaires, à savoir que : 1° Il est probable que les deux premiers arcs branchiaux entrent dans la constitution du marteau et de l'enclume, l'apophyse de Raw et le manche du marteau représentant respectivement les prolongements postérieurs de ces arcs ; en effet, on trouve normalement, sur le plancher de la caisse, une saillie correspondant précisément au point où, sur l'exocrâne, s'insère l'apophyse styloïde. La partie du deuxième arc, intermédiaire à cette saillie et au manche du marteau, disparaîtrait à l'état normal. Il y avait précisément persistance dans le cas observé ; 2° Le cartilage de Meckel intervient directement dans l'ossification du condyle et du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. M. DUVAL.

JOACHIMSTHAL. Ueber einen Fall von angeborenem Defect an der rechten Thoraxhälte und der entspruhender Hand..... (*Berlin. klin Woch., n° 36, 7 sept. 1897*).

Fillette de 11 ans ne présentant d'autres anomalies de conformation que celle de la moitié droite du thorax et de la main correspondante. Au lieu de faire saillie, la moitié droite de la poitrine est déprimée et plate, le mamelon est beaucoup plus petit, le sein est placé 1 centimètre plus haut qu'à gauche. Il manque toute la portion sternocostale du grand pectoral et très probablement le petit pectoral en entier. En revanche, il y a hypertrophie du deltoïde droit et l'épaule droite est plus élevée que la congénère.

Récemment John Thomson (On a form of congnitale thoracic deformity, *Teratologia*, 1 janvier 1895), a réuni les 89 cas connus d'absence congénitale des pectoraux. Depuis lors, il en a été publié d'autres exemples par Hermann Rieder (Drei Fälle von Angeborenen, Knochen und Muskel-

Digitized by Google

defeit im Thorax, *Annal. der stadt. allg. Krankenh. zu München*, 1894, et par Overweg (Ein Fall von Angeborenen Defect der Brustmuskel, *Militairaertz. Zeitschr.*, 1895). Quant à la coexistence d'une anomalie musculaire pectorale et d'une difformité de la main, il en existe 12 cas dont 10 avec syndactylie. J. B.

POSTERNAK. Pathogénie générale des diplogénèses (*Thèse de Paris, 1897*).

La polyspermie ne joue aucun rôle dans la production des monstres doubles ou multiples. Malgré l'apparition simultanée de deux ou plusieurs amphiasters et la segmentation multipolaire que présentent les œufs polyspermatisés, ces derniers ne donnent, en effet, naissance qu'à des individus normaux et, d'autre part, les œufs fécondés par un seul spermatozoïde peuvent montrer plusieurs amphiasters simultanés et une segmentation multipolaire.

La diplogénèse par dédoublement ou par excès est la seule pathogénie acceptable. Chez l'homme, on pourrait expliquer la séparation des blastomères par la compression de l'œuf, aux premiers stades de la segmentation, sous l'influence d'une contraction spasmodique de la trompe (coït?).

H. VINCENT.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

R. WURTZ. Précis de bactériologie clinique (*1 vol. de 544 p. Paris, 1897*).

Cet ouvrage a été mis au courant des recherches les plus importantes qui ont paru depuis sa première édition. On y trouvera, décrits sous une forme précise et claire, les détails de technique bactériologique indispensables à connaître soit dans la clinique hospitalière, soit à l'amphithéâtre d'autopsie. Dans la deuxième partie sont étudiées les manifestations locales d'origine infectieuse; à signaler le chapitre des pleurésies, développé avec grand soin. Dans la troisième partie du livre, W. décrit individuellement les microbes pathogènes et résume les travaux faits sur certaines maladies infectieuses, telles que les fièvres éruptives, dont l'agent pathogène est encore douteux ou inconnu. Des figures et des tableaux synoptiques précieux complètent cet excellent ouvrage. H. VINCENT.

H. CLAUDE. Lésions du foie et des reins déterminées par les toxines microbiennes (*Presse méd., n° 39, p. 215, 1897*).

L'intoxication suraiguë par la toxine diphtérique amène, dans le rein, des hémorragies capillaires ou intraglomérulaires et la dégénérescence trouble, granuleuse ou hyaline des cellules des tubes contournés. Si

Digitized by Google

l'action du poison est plus lente, elle se traduit par une infiltration embryonnaire autour des capillaires dans leur tunique externe et entre les anses glomérulaires. Plus ancienne encore, l'intoxication diphtérique entraîne l'atrophie et même la sclérose glomérulaire et intertubulaire, avec dégénérescence de l'épithélium des tubes secréteurs. Les lésions du foie sont : dégénérescence hyaline et atrophie des cellules centrolobulaires ; formations néocanaliculaires.

Les autres intoxications bactériennes (streptocoque, staphylocoque, B. pyocyanique, tétanos) suscitent des altérations histologiques analogues ; elles peuvent provoquer expérimentalement la sclérose du rein et du foie, la cirrhose portobiliaire, avec lésions macroscopiques évidentes.

La présence des microbes dans le foie et les reins n'est donc pas la condition nécessaire de leur altération anatomique. La plupart des processus infectieux se jugent par leur action toxique. La source de ces intoxications peut même se trouver dans l'intestin : les fermentations gastro-intestinales et la résorption des toxines concourent à la dégénérescence scléreuse du foie dans la cirrhose alcoolique et dans les diarrhées chroniques des enfants. H. VINCENT.

J.-B. LAJUGIE. Des toxines pulmonaires (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail, inspiré par d'Arsonval, tend à démontrer que l'air expiré contient une quantité infinitésimale d'une substance toxique à laquelle on peut donner le nom de toxine pulmonaire.

En effet, comme le prouvent les expériences de Brown-Séquard et d'Arsonval, le liquide de condensation de l'air expiré, injecté à faible dose par la voie veineuse ou hypodermique à des lapins ou à des cobayes, les tue presque constamment et provoque toujours les accidents suivants : accélération des battements du cœur et des mouvements respiratoires, abaissement de la température, salivation, parésie des membres postérieurs, variations pupillaires, tendance au sommeil. A l'autopsie de ces animaux, on trouve de la congestion généralisée, des ecchymoses, des foyers hémorragiques et de l'emphysème pulmonaire.

Ce poison est probablement un alcaloïde analogue aux ptomaïnes.

Il est une des grandes causes du danger de l'air confiné.

H. BOURGES.

Carl v. KLECKI. Ueber die Ausscheidung von Bacterien durch die Niere (Sur l'élimination des bactéries par les reins, et de l'influence de la diurèse sur cette élimination) (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm., XXXIX, p. 173*).

Les bactéries peuvent traverser le rein normal et être éliminées avec l'urine quelques minutes déjà après l'infection sanguine. Ce sont les glomérules qui représentent la voie principale d'élimination. Mais cette élimination, au moins pendant les 60 ou 90 minutes qui suivent l'injection, n'est pas nécessaire lorsqu'il existe un petit nombre de germes dans le sang. Il faut tenir compte aussi des différences individuelles, différences qui peuvent s'observer au niveau des deux reins d'un même sujet. Non seulement l'élimination par les reins diffère par son début, sa durée, son

Digitized by Google

intensité, mais on peut voir cette élimination dans les premiers moments se faire par un seul rein. La diurèse naturelle, non médicamenteuse, n'influe pas sur l'élimination bactérienne. L'élimination cesse alors qu'il existe encore des bactéries dans le sang. Lorsque dans le sang circulant se montre le processus de phagocytose, il n'y a pas là d'obstacle à l'élimination rénale.

La diurèse provoquée par les moyens physiologiques (section des nerfs splanchniques, énervement des reins) ou pharmacologiques (glucose, caféine, théobromine, injections de solutions salées) ne favorise pas l'élimination des germes contenus dans le sang circulant.

Cette élimination est en relation avec la quantité des germes contenus dans le sang. Elle ne commence que lorsque celle-ci a atteint un taux relatif, elle cesse lorsque la quantité est ramenée à ce taux ; une partie seulement des bactéries ayant pénétré dans la circulation est éliminée par les reins, l'autre partie peut continuer à circuler un certain temps avec le sang avant de se fixer sur certains organes. PAUL TISSIER.

F. SCHENK. Ueber den Einfluss des constanten Stroms auf Amöben (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4, p. 81, 25 janv. 1897*).

Verworn a remarqué que les amibes soumises à l'action de courants galvaniques, rétractent leurs prolongements protoplasmatiques du côté de l'anode, tandis qu'elles les étendent vivement du côté de la cathode. Dans l'idée que la rétraction des prolongements est l'équivalent de la contraction des muscles, V. déduisit de cette observation que le courant excite les amibes par le pôle positif, c'est-à-dire agit sur elles autrement que sur les nerfs et sur les muscles, lesquels, en vertu de la loi d'excitation polaire de Pflüger, sont excités par le pôle négatif et paralysés par le positif. Schenk pense qu'on peut interpréter le fait d'une manière différente.

La rétraction des prolongements n'indique pas seulement une excitation, car elle peut survenir aussi au repos, et quand on refroidit les amibes ; en revanche, la vive extension des prolongements est bien le résultat d'un certain degré d'excitation, car elle se produit quand on réchauffe les amibes en augmentant ainsi leur excitabilité. En conséquence on pourrait aussi interpréter l'observation de Verworn en disant que le courant calme ou paralyse les amibes par son pôle positif et qu'il accroît leur excitabilité par son pôle négatif, c'est-à-dire qu'il agirait de la même façon que sur les nerfs et les muscles.

Pour voir laquelle des deux explications possibles était juste, Schenk a étudié l'action du courant sur des amibes chauffées, dans l'espoir que la diminution d'excitabilité supposée par lui au pôle positif pourrait être contrebalancée par l'élévation simultanée de la température, de manière que l'amibe redeviendrait capable d'étendre ses prolongements même du côté de l'anode, tandis que, au contraire, d'après Verworn, l'amibe chauffée devrait rétracter encore plus énergiquement ses prolongements du côté du pôle positif. Or Schenk déclare avoir remarqué d'une manière indubitable que les amibes chauffées étendent aussi leurs prolongements vers le pôle positif, ce qui, selon lui, réfute l'interprétation de

Digitized by Google

Verworn. Sch. conclut qu'il ne connaît encore aucun fait opposé à la loi générale d'excitation que Pflüger indique pour toute substance vivante.

J. B.

P.-L. SIMOND. L'évolution des sporozoaires du genre coccidium (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 6, p. 545, juill. 1897*).

Il y a pour les Coccidium, deux modes de reproduction, l'un asporulé, l'autre sporulé ; le premier jouit d'un polymorphisme en rapport avec des conditions particulières, tandis que le second présente dans son cycle évolutif et dans la forme de résistance qui est son dernier stade, des caractères de fixité qui font de lui le mode essentiel et typique de la reproduction. S. repousse l'opinion qui identifie le segment de la coccidie qui va devenir un mérozoïte dans le cycle asporulé au sporoblaste formé dans un kyste et assimile le mérozoïte issu d'une segmentation intra-cellulaire à la spore ; pour lui les deux modes sont morphologiquement et physiologiquement distincts. On pourrait comparer cette propriété des Coccidium de fournir des générations asporulées à celle de se reproduire un grand nombre de fois par scissiparité, entre deux conjugaisons que manifestent certains Ciliés ou encore à la segmentation qui permet à un bacille de pulluler indépendamment de la formation d'endospores comme cela a lieu pour le charbon par exemple. Le Coccidium possède ainsi un moyen de multiplication temporaire rapide en rapport avec des conditions de vitalité propre et de milieu qui finit par s'épuiser. A ce moment, pour assurer la perpétuité de l'espèce, le parasite doit aboutir à une forme de résistance, la spore et très probablement la production de cette spore exige un acte sexuel.

Le polymorphisme du cycle évolutif permet de penser que l'histoire de la plupart des coccidies, jusqu'à présent caractérisés par un seul mode de reproduction, est à modifier ainsi que leur classification. Les genres Karyophagus et Pfeifferia appartiennent au genre Coccidium. Les Emeria doivent se ranger également dans des genres pourvus de spores durables. L'étude de l'évolution des Coccidium oviforme, C. proprium, C. salamandra, amène à formuler une conception nouvelle des êtres appartenant au groupe des coccidies : leur caractère le plus saillant est cette faculté de multiplication par mérozoïtes, par germes issus de la division directe d'une forme de reproduction asporulée, pendant la vie intra-cellulaire en vertu de laquelle l'individu, issu d'une forme sporulée, est doué d'une énergie reproductrice qui lui permet d'adopter les moyens les plus avantageux pour se multiplier. Cette propriété se continue chez un nombre de générations fort variable par suite de conditions multiples qui nous échappent, mais elle va progressivement en s'affaiblissant jusqu'au moment où l'organisme est incapable d'une nouvelle division directe. Il paraît devoir alors subir la conjugaison pour aboutir à la formation de spores, condition du rajeunissement de l'espèce. La sporulation est le terme obligé de toutes les générations asporulées.

Dans le cas des Coccidium, toutes les formes asporulées qui se succèdent allant d'une spore mère à une spore fille, cette dernière comprise, constitueraient non plus une série de générations et un grand nombre

Digitized by Google

d'individus, mais un seul individu et une seule génération. C'est à une fragmentation plus ou moins répétée, non à une reproduction, que correspondrait le cycle asporulé; la reproduction vraie, celle qui perpétue l'espèce, se réduirait à la sporulation probablement précédée d'une conjugaison. Il n'y a plus alternance de générations mais seulement individu formé de fragments polymorphes dont l'un ou dont quelques-uns seulement sont capables de différencier des éléments sexuels.

Ces faits nouveaux jettent une vive clarté dans l'histoire naturelle du parasite de la fièvre paludéenne. Le stade mobile des Coccidium en particulier donne l'explication la plus rationnelle de l'existence des corps à flagelles du paludisme et des Polymitus des oiseaux. Ce sont, selon toute probabilité, les mêmes stades chez les hématozoaires et on doit admettre comme chez les Coccidium la possibilité d'une conjugaison nécessaire pour la production d'une forme de résistance.

D'autre part le polymorphisme du cycle asporulé pendant la vie parasitaire du Coccidium donne la clef du polymorphisme rencontré chez les hématozoaires de Laveran et de Danilewsky, polymorphisme qui a fait admettre par certains savants une multiplicité fort improbable d'espèces ou de genres. Le miasme de la fièvre palustre doit être une forme de résistance sporulée analogue à celle des Coccidium. P. TISSIER.

J. SANGUINETI. Contribution à l'étude de l'amylomyces Rouxii de la levûre chinoise et des moisissures ferments de l'amidon (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI p. 264, mars 1897*).

L'étude comparative de l'aspergillus orizæ du kaji, du mucor alternans de Guyon et de l'amylomyces Rouxii de la levure chinoise montre que ces trois mucédinées possèdent un pouvoir saccharifiant très énergique. Celui de l'aspergillus orizæ est le plus intense; l'amylomyces vient en deuxième ligne, puis le mucor alternans; l'amylomyces dans tous les milieux étudiés est celle des trois moisissures ferments de l'amidon qui, dans le même temps, laisse le plus d'hydrates de carbone non transformés parce que son pouvoir comburant est beaucoup moindre; l'amylomyces a un pouvoir ferment plus considérable que les deux autres; grâce à ses propriétés comburantes beaucoup plus faibles il est seul susceptible d'être utilisé pratiquement dans l'industrie, soit pour la fermentation directe des matières amylacées, soit pour l'utilisation des vinasses de distillerie. PAUL TISSIER.

SCHEURLEN. Geschichtliche und experimentelle Studien über den Prodigiosus (*Arch. f. Hyg., XXVI*).

Du tableau dans lequel Sch. a réuni les diverses épidémies décrites du bacille prodigieux, il ressort que la majorité d'entre elles correspond aux mois d'août et de septembre, ce qui laisse voir une certaine analogie avec les épidémies de choléra et de fièvre typhoïde.

Par ses recherches expérimentales, Sch. se pense autorisé à considérer comme étant la forme propre du prodigieux, le bacille cilié qui ne perd ses cils que sur les pommes de terre, par suite de son gonflement dû à

Digitized by Google

l'excès d'ammoniaque qu'il y sécrète ; ce n'est qu'alors qu'il prend la forme de microcoque.

Le bacille prodigieux ne renferme que peu ou point d'azote ; mais, en outre de sa matière colorante, il forme de grandes quantités d'ammoniaque, d'une petite proportion de méthylamine, ainsi que des acides formique et succinique. J. B.

BUCHNER. Ueber Alexinwirkung (*Hyg. Rundsch., VI, p. 1070*).

Les alexines ne sont pas des substances de qualités invariables ; elles peuvent être modifiées par des bactéries, ainsi que le prouvent de récentes expériences sur les bacilles typhoïdique et cholérique faites par Schneider.

Le sang défibriné de lapin est additionné, en partie de bouillon de peptone pur, en partie de cultures en bouillon de bacilles typhoïdiques et cholériques stérilisés par la chaleur. On ensemence de même les deux mélanges avec des germes vivants. Au bout de 24 heures, tandis que dans les tubes contenant le sang additionné de bouillon les bactéries typhoïdiques ensemencées en étaient réduites aux 7 0/0 de leur quantité originelle, dans les tubes renfermant le sang additionné de cultures stériles, ces bactéries étaient 47 fois plus nombreuses qu'au moment de l'ensemencement. Cette multiplication était encore plus considérable quand on augmentait la proportion des cultures stérilisées. Donc, plus il existe de substances provenant de la décomposition des bactéries, moins les alexines peuvent manifester leurs effets. Pour les bacilles cholériques, le phénomène de pullulation est encore plus accentué : dans le sang additionné d'une culture en bouillon stérilisé, les bacilles sont 17,000 fois plus nombreux qu'au moment de l'ensemencement.

Cela montre que dans leur lutte avec les alexines, les bactéries sont soutenues par les produits de leur propre décomposition. Ce phénomène est-il dû à une destruction des hématies par ces produits de décomposition bactérienne et à l'amélioration des conditions de nutrition des bactéries ou bien à une altération directe des alexines dans leur contact avec les produits de décomposition bactérienne ? C'est ce qu'ont permis de décider des expériences dans lesquelles le sérum a été substitué au sang défibriné, et qui ont montré le même affaiblissement des alexines.

Ainsi les alexines du sang sont endommagées par les produits de décomposition des cellules bactériennes, comme elles le sont par la chaleur, la lumière, l'eau et les alexines d'espèces animales étrangères. Ce fait rend compte de l'évolution différente des maladies infectieuses, suivant la quantité plus ou moins grande de bactéries qui entrent en action.

J. B.

NIEMANN. Ueber Tuberculoseheilserum (Du sérum antituberculeux) (*Münchener med. Woch., p. 50, 19 janv. 1897*).

L'auteur inocule des chèvres jeunes, de l'Oberland bernois, avec de la tuberculine fournie par des cultures très virulentes de bacilles provenant de cavernes tuberculeuses, jusqu'à ce qu'il arrive à leur injecter des

Digitized by Google

quantités énormes de tuberculine. Le sérum de ces chèvres devient extrêmement toxique pour les cobayes tuberculeux et les tue en quelques heures, ce que ne produit pas le sérum de chèvres saines. Dans ces conditions, les chèvres peuvent éliminer leurs toxines fort rapidement et produire des antitoxines dont on élève encore la quantité en injectant à ces animaux des cultures pures de bacilles tuberculeux. Le sérum de la chèvre devient alors capable de neutraliser la tuberculine chez le cobaye tuberculeux. C'est avec ce sérum que Niemann a essayé de guérir les cobayes tuberculeux et prétend avoir réussi à obtenir la guérison.

C. LUZET.

LANNELONGUE et ACHARD. Sur l'immunité des gallinacés contre la tuberculose humaine (*C. R. Acad. des Sc., 26 avril 1897*).

L'immunité des gallinacés consiste en ce que le bacille de la tuberculose humaine ne se multiplie pas dans leur organisme ; il paraît avoir perdu sa fonction génératrice, bien qu'il y garde sa vitalité et sa virulence pendant des semaines et même des mois. Mais cette immunité n'est jamais que partielle, car les gallinacés, les poules plus encore que les pigeons, sont sensibles à l'action nécrosante des substances contenues dans le corps des bacilles. Du reste le sang des gallinacés ne possède pas de substance immunisante et il n'en acquiert pas non plus sous l'influence de l'inoculation de la tuberculose humaine à laquelle ils résistent. M. D.

Robert KOCH. Ueber neue Tuberkulinpräparate (*Deutsche med. Woch., p. 209, 1er avril 1897*).

L'immunité que l'on peut conférer aux animaux à l'aide des produits bactériens, se compose de plusieurs éléments ; ainsi l'immunité que l'on obtient contre le tétanos, ne porte que sur la toxine tétanique et non sur les bacilles qui peuvent vivre dans le milieu immunisé, l'immunité contre le choléra et le typhus n'a d'action que sur les bacilles et pas sur les toxines. L'observation de la clinique et du laboratoire montre que l'immunité contre le germe tuberculeux se produit dans certains cas déterminés ; ainsi dans la tuberculose miliaire de l'homme et des animaux de laboratoire, il arrive un moment où les bacilles, qui abondaient auparavant, disparaissent presque complètement, il s'agit d'une immunité bactérienne ; le fait est d'autant plus extraordinaire que les bacilles tuberculeux injectés dans les tissus vivants se résorbent avec une extrême lenteur. L'obstacle à cette résorption parait être la présence de deux acides gras qui enveloppent le corps bacillaire ; l'un d'eux est saponifié par la lessive de soude et soluble dans l'alcool étendu ; l'autre se dissout dans l'alcool absolu bouillant et dans l'éther, il est très difficilement saponifiable. En traitant les corps bacillaires par la lessive normale de soude au 1/10, on obtient une première tuberculine (TA) mais on ne peut la débarrasser absolument de ses corps bacillaires, par la filtration, sans lui enlever en même temps une partie de ses éléments constituants. Par le broyage mécanique des cultures sèches dans un mortier d'agate, on obtient après dilution dans l'eau distillée et centrifugation une seconde tuberculine

Digitized by Google

(TR) absolument pure et pouvant servir au traitement de la phtisie; c'est avec elle que l'auteur a fait ses nouvelles expériences. On commence par des doses extrêmement faibles 1/500 de milligramme. Ce n'est qu'à la dose de 0,005 à 0,001 milligramme que l'on obtient des effets utiles. Koch a fait des essais sur des phtisiques et des lupiques; les améliorations sont plus marquées qu'avec la tuberculine ancienne ou avec la tuberculine (TA); il ne croit pas qu'on puisse obtenir un produit plus actif que sa nouvelle tuberculine TR. H. DE BRINON.

LETULLE et A. PÉRON. La nouvelle tuberculine de Koch (*Presse méd., 21 août 1897*).

Les essais faits par L. et P. avec le nouveau produit de Koch n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Les animaux inoculés n'ont pas été immunisés et les malades, traités avec cette tuberculine, n'ont pas été améliorés. A. C.

J. AUCLAIR. Poisons du bacille tuberculeux humain (*Thèse de Paris, 1897*).

Les produits de distillation du bouillon où a été cultivé le bacille de Koch sont toxiques pour le cobaye sain. Ils déterminent, en injection, un sphacèle local et peuvent même, si la dose est élevée, amener la mort avec congestion pulmonaire. Les produits de distillation du bouillon non ensemencé offrent un certain degré de toxicité.

Les bacilles de la tuberculose humaine, chauffés à 100°, puis agités avec de l'éther, se divisent en 2 parties : bacilles *légers* et bacilles *lourds*. Les uns et les autres prennent le Zielh; les premiers sont plus petits que les seconds. Leur inoculation, surtout celle des bacilles légers, donne lieu à de la fièvre et, localement, à des nodosités et des abcès dans lesquels on retrouve les bacilles morts. Les bacilles lourds inoculés à doses élevées amènent la mort. Les viscères présentent de fines granulations dans lesquelles le microscope fait reconnaître des bacilles bien colorables, quoique morts.

L'extrait éthéré ou chloroformé des cultures, est une substance grasse, d'odeur aromatique, peu toxique et colorable par le procédé d'Ehrlich. Aucun extrait (ammoniacal, alcoolico-camphré, etc.) n'a présenté d'action immunisante ou préservatrice contre la tuberculose. H. VINCENT.

A.-G. AULD. Remarks on the morphology and chemical products of the diplococcus pneumoniæ, etc. (*Brit. med. Journ., p. 775, 27 mars 1897*).

Les expériences ont été conduites de la façon suivante :

Les crachats pneumoniques renfermant le pneumocoque ont été inoculés au lapin; la mort arrive toujours du 2e au 4e jour quand le crachat est virulent; il perd de sa virulence au moment de la défervescence et les animaux guérissent après avoir été légèrement malades. Pour avoir une pure culture de pneumocoque, il faut tuer l'animal 24 heures après l'inoculation et cultiver le sang, ce qui n'est pas toujours facile. Les cultures pures ainsi obtenues, inoculées à d'autres animaux, développent au

Digitized by Google

point d'inoculation une congestion avec exsudat fibrino-sanguin, jamais purulente; la suppuration est la conséquence de l'introduction d'autres microorganismes.

En traitant chimiquement, par des procédés qui sont exposés avec détails, les poumons, la rate et le sang des lapins tués ainsi 24 heures après leur inoculation, Auld retira une albumose et un acide organique dont il a pu expérimenter les effets séparément.

a) Injection de l'albumose dans les veines, à la dose de 2 centigrammes. Le lapin éprouve un choc qui tout d'abord abaisse la température d'un degré, puis celle-ci remonte à 3° au-dessus de la normale. 24 heures après, tout est rentré dans l'ordre, l'animal a seulement un peu maigri.

b) Injection de l'albumose dans le thorax. Il se développe une dyspnée soudaine avec élévation de température. Le lendemain l'animal est tué, et on trouve, au point d'inoculation, une pleurésie séro-fibrineuse et une hépatisation du lobe correspondant du poumon. Les cultures de la sérosité pleurale et du sang pulmonaire sur les différents milieux sont restées absolument infertiles, malgré la toxicité évidente de l'albumose.

c) Injection de l'acide organique dans les veines et dans la plèvre. Aucun accident local, seulement une élévation momentanée de la température.

L'auteur a essayé de produire une antitoxine contre le pneumocoque, en injectant des cultures de plus en plus virulentes graduellement. Il est arrivé à ne donner lieu qu'à des accès de fièvre momentanés, là où les animaux témoins succombaient. H. RENDU.

J. SALOMONSEN et T. MADSEN. Recherches sur la marche de l'immunisation active contre la diphtérie (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 4, avril 1897*).

Chez le cheval immunisé contre la diphtérie, on retrouve après l'injection de toxine la marche ondulatoire observée chez la chèvre immunisée contre le tétanos. Chute soudaine, après l'injection, du pouvoir antitoxique, hausse rapide, puis nouvelle baisse jusqu'à un certain degré de pouvoir. Le pouvoir antitoxique fut étudié sur le lait; des expériences comparatives faites avec le sang montrent la concordance tout à fait extraordinaire entre les hausses et les baisses du pouvoir antitoxique des deux éléments. Le pouvoir antitoxique du sang était environ 200 fois plus fort que celui du lait.

La jument en expérience reçut 3 injections de toxine; la première détermina une chute, puis une hausse du pouvoir antitoxique considérable; la deuxième, une baisse et une hausse plus faible; la troisième, une baisse, puis une hausse encore plus légère. Cela semblerait en faveur de l'origine cellulaire de l'antitoxine et de l'action des injections de toxine, non pas sur l'antitoxine du sang, mais sur les cellules qui produisent l'antitoxine.

Dans les 3 injections, c'est 9 à 10 jours après l'injection de toxine que le pouvoir antitoxique atteignit son maximum. PAUL TISSIER.

Digitized by Google

L. COBBETT. Contribution à l'étude de la physiologie du bacille diphtérique (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 251, mars 1897*).

Le bacille diphtéritique peut pousser dans des milieux acides ou alcalins. Les limites d'alcalinité compatibles avec la culture sont de 40 à 50 centimètres cubes d'alcali normal par litre; les limites d'acidité de 6 à 13 centimètres cubes d'acide normal par litre. Pour des milieux liquides dont l'acidité est comprise entre 6 et 13, la culture n'est possible que lorsque la semence arrive dans la pellicule superficielle de liquide qui grimpe le long des parois du vase. Les cultures en bouillon alcalin ne deviennent pas acides à moins qu'il n'y ait du sucre, d'autres hydrates de carbone ou de la glycérine. Le degré d'acidité atteint dépend de la quantité de glucose présente et aussi de l'intégrité de la pellicule qui, une fois disloquée, est gênée dans la formation des produits alcalins. Lorsqu'il y a 0,2 à 0,4 0/0 de glucose présent dans un bouillon dont l'alcalinité initiale est de 5 à 6, l'acidité peut monter entre 5 et 13. La culture peut alors continuer et devenir à nouveau alcaline. Mais la plus légère agitation suffit alors à arrêter sa croissance et à la rendre acide d'une façon permanente. La présence de 0,45 0/0 de glucose et même plus dans un bouillon de culture dont l'alcalinité est de 5 à 6 le rend acide d'une façon permanente.

Le passage d'un courant d'air à la surface des cultures s'est montré sans influence sur la formation des produits alcalins ou de la toxine. Les cultures faites dans de bonnes conditions deviennent vite toxiques et atteignent leur maximum en une huitaine de jours. Les cultures dont le développement n'a pas été arrêté par une excessive formation d'acide demeurent toujours alcalines. Le maximum d'alcalinité observé a été de 36. La marche du développement de la toxine est à peu près parallèle à celle des produits alcalins au début de la culture. L'alcalinité peut donc servir à apprécier la toxicité. Vers le milieu de la seconde semaine, le pouvoir toxique peut diminuer et l'alcalinité augmenter. Puis l'alcalinité diminue à son tour. Les produits alcalins peuvent être séparés par distillation et n'ont aucune action sur le cobaye. Pour une rapide production de toxine, il est très important que les cultures soient dans un parfait repos, surtout lorsque le bouillon contient plus que des traces de glucose.

PAUL TISSIER.

P. TEISSIER. Contribution à l'étude du champignon du muguet (*Arch. de méd. exp., IX, p. 254*).

Si le champignon du muguet pousse également abondant sur la gélose acidifiée ou alcalinisée, il est à remarquer que dans les milieux acides il donne exclusivement des formes levures, tandis que dans les milieux alcalins il végète sous la forme filamenteuse. Or, comme la forme levure est la plus résistante, il n'est pas étonnant que l'observation clinique démontre qu'un milieu acide favorise le développement de la stomatite crémeuse.

Le développement du muguet sur gélose acide entraîne l'alcalinisation

Digitized by Google

de ce milieu, comme la levure de bière, surtout quand l'acidification est due aux acides acétique, formique et lactique. Cette alcalinisation fait défaut avec l'acide sulfurique et est beaucoup plus lente avec l'acide chlorhydrique. Elle est due à la formation de carbonate d'ammoniaque et ne se produit qu'en présence de l'air.

Le champignon du muguet ne fait pas fermenter la lactose.

On obtient des abcès par injections sous-cutanées du muguet, des péritonites ou des pleurésies par injection intra-péritonéale ou pleurale chez le cobaye ou le lapin. L'injection intraveineuse du champignon chez le lapin provoque une mycose généralisée. Les formes levures paraissent avoir une activité pathogène plus grande que les formes filamenteuses.

H. BOURGES.

A. A. KALININE. Sur l'échange des matières dans la fièvre (*Archives russes de pathol., n° 5, 31 mai 1897*).

Étude faite sur 7 lapins inoculés avec le bacille pyocyanique et sur 3 lapins et 2 chiens inoculés avec le bacille diphtérique :

1° La perte du poids du corps est augmentée pendant la phase latente de la fièvre et diminuée pendant les premières heures de la fièvre ;

2° La quantité d'eau est augmentée dans la phase latente de la fièvre ;

3° L'oxygène inhalé et l'acide carbonique exhalé diminuent dans la phase latente et augmentent avec l'élévation de la température de l'animal ;

4° L'acide carbonique et l'oxygène du sang diminuent dans la phase latente et dans l'infection pyocyanique ;

5° L'azote total et l'acide phosphorique diminuent dans la phase latente, dans l'infection pyocyanique et diphtérique. H. FRENKEL.

E. MALVOZ. Recherches sur l'agglutination du bacillus typhosus par des substances chimiques (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 582*).

Toutes les expériences ont été faites avec des cultures fraîches sur gélose ayant séjourné quelques heures à 37°. Le bacille typhique provenait de la rate d'un cadavre. On délaye une once de la culture dans 1 centimètre cube d'eau distillée. Un bon nombre de substances, jouissant de propriétés coagulantes, agglutinent plus ou moins les bacilles typhiques tout comme le typhus-sérum. En tête se placent la formaline, aldéhyde formique à 40 0/0 dans de l'eau, le subliné, l'eau oxygénée, l'alcool fort. L'agglutination est très nette. Il faut ajouter à 1 centimètre cube d'émulsion 1 centimètre cube de formatine, 0,7 0/0 de sublimé. Il faut donc une assez forte concentration.

Avec les substances agissant à doses telles qu'il ne peut être question de coagulation, M. a échoué avec la chrysoïdine, l'induline, la nigrosine. La safranine et la résorcine agglutinent même à très faible concentration : trois gouttes de solution à 1/00. Les acides minéraux : l'acide phénique, l'acide lactique, le chloroforme, n'agglutinent pas, l'acide salycilique donne de très petits amas, le permanganate des amas peu serrés. La soude caustique, l'ammoniaque n'agglutinent pas si l'émulsion du

Digitized by Google

microbe est faite avec de l'eau distillée, ils donnent des amas s'il s'agit d'eau alimentaire quelque peu dure. L'action de l'oxygène ne semble pas influer sur le phénomène. Si l'on ajoute à du sérum non agglutinatif une petite quantité de safranine, 1 centimètre cube de solution de safranine à 1/00 à 9 centimètres cubes de sérum, on obtient un sérum qui agglutine très bien.

A noter que la formaline, le sublimé, l'eau oxygénée, la safranine, etc., qui agglutinent le bacille typhique ne produisent aucune agglutination sur le colibacille. PAUL TISSIER.

WIDAL et SICARD. Sérodiagnostic par le sang desséché (*Société de biol.*, *9 janv. 1897*).

Johnston et Taggart ont retrouvé la réaction agglutinante avec des gouttes de sang desséchées sur papier qu'ils se faisaient envoyer à leur laboratoire, de diverses régions du Canada. W. et S., qui avaient signalé cette propriété, conseillent la technique suivante : Après piqûre du doigt on laisse tomber quelques grosses gouttes de sang sur une feuille de papier, à intervalles espacés ; on laisse les gouttes complètement dessécher à l'air pendant six heures. Pour la recherche de la réaction, on découpe exactement avec des ciseaux une rondelle de papier contenant une goutte de sang desséché, puis, dans un godet en verre de montre contenant deux gouttes d'eau, on pose cette rondelle et on fait dissoudre le sang desséché. On mélange ensuite ces deux gouttes à huit gouttes de culture de bouillon de bacille d'Eberth. DASTRE.

Mark W. RICHARDSON. Diagnostic des cultures de bacilles typhiques à l'aide de sérum desséché de typhique (*Centralbl. f. Bakter.*, *XXI*, *p. 445*).

On peut employer le sérum de typhique pour établir le diagnostic du bacille typhique, d'après la réaction qui a été trouvée par Widal.

L'auteur a eu l'idée d'imbiber du papier à filtre du sérum obtenu à l'autopsie d'un typhique, et de laisser sécher à l'air ce papier.

En mettant 1/2 centimètre carré de ce papier dans 1/2 centimètre cube de culture dans le bouillon de bacille typhique âgé de 24 heures, on observait au bout de cinq minutes, en examinant une goutte de ce mélange sous le microscope, que la réaction agglutinante s'était produite.

L'auteur a répété cette expérience avec 20 échantillons de bacille typhique d'origines différentes.

En traitant de la même façon des bacilles analogues au bacille typhique (bacilles du côlon, bacillus pyogenes fœtidus, etc...) le résultat était négatif.

Au bout de trois mois ce papier gardait encore les mêmes propriétés.

Il est bien entendu que le pouvoir agglutinant de chaque échantillon de sérum typhique peut être différent, et qu'il faut le déterminer avant de s'en servir comme moyen de diagnostic. H. BOURGES.

Digitized by Google

P. WIDAL et A. SICARD. Étude sur le sérodiagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 353*).

Nous ne relèverons que les points nouveaux dans cette étude d'ensemble du sérodiagnostic. La substance agglutinante est déjà en solution dans le sang circulant; les leucocytes, au dehors des vaisseaux, ne semblent pas capables de sécréter de substance agglutinante, comme ils dégagent du fibrin-ferment, mais il est possible que cette substance ait été abandonnée dans le sang circulant par les leucocytes.

Les substances albuminoïdes précipitées de leurs solutions retiennent la substance agglutinante, comme elles retiennent une teinture, et l'abandonnent à nouveau dans leur solution. Les expériences de dialyse montrent les humeurs ne contenant pas de matière albuminoïde, cependant la substance agglutinante d'un typhique peut s'éliminer par l'urine sans avoir besoin du véhicule des substances albuminoïdes dissoutes.

La substance agglutinante est très résistante; elle n'est pas modifiée par le développement d'impuretés dans le sérum; une température relativement élevée ne la détruit pas. La propriété agglutinative est loin d'être nécessairement liée aux autres qualités acquises par un sérum au cours de l'infection ou de l'immunité : elle doit être dissociée des propriétés lysogène et bactéricide; elle peut être indépendante de la propriété atténuante.

W. et S. se sont servis de 26 échantillons différents européens et exotiques sans jamais observer que de faibles différences.

La réaction est spécifique, et si certains bacilles (psittacose) donnent une réaction analogue, il est possible de la séparer de la réaction légitime : addition de sérum typhique humain à un bouillon vierge, dans la proportion de 1/40 à 1/60 avant l'ensemencement avec le bacille de la psittacose. Le sérum est tellement marqué au sceau du microbe infectant que, mis en présence d'espèces voisines, appartenant au même groupe familial, il trahit leur communauté de race par une réaction agglutinante qui semble parfois proportionnelle à leur degré de parenté.

La précocité de la réaction n'est pas en rapport avec l'intensité de l'infection; on peut obtenir, chez un même animal, un sérum doué de propriétés agglutinatives à la fois pour le bacille typhique et pour le vibrion cholérique (injection simultanée ou successive des deux cultures).

Lorsque la réaction agglutinante persiste chez des personnes guéries depuis plusieurs années, son pouvoir, mesuré à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle, ne semble pas subir d'oscillations semblables à celles que l'on observe pendant l'infection.

La réaction agglutinante peut s'observer dans les formes frustes, évoluant sans fièvre et sans symptôme de fièvre typhoïde.

Si le taux agglutinatif peu élevé s'observe souvent dans les formes légères, la gravité d'une fièvre typhoïde est loin d'être toujours en rapport avec l'intensité du pouvoir agglutinatif. La courbe de ce pouvoir suivi pendant toute la durée de la maladie a une évolution variable et imprévue d'un cas à l'autre. La ténacité de ce pouvoir varie d'un sujet à l'autre.

Une seule fois sur 163 typhiques, W. et S. ont vu manquer la réaction agglutinante.

PAUL TISSIER.

Digitized by Google

H. GORDON. Bacillus coli communis : some of its varieties; their relation to the typhoid bacillus (*Journ. of Pathol. and Bact.*, *n° 4, p. 438, 1897*).

L'auteur a isolé 22 formes de colibacilles qu'il a différenciées du bacille typhique par leurs réactions de culture et leurs flagellas. Les colibacilles ayant de 6 à 10 flagellas sont les plus rares; leur culture sur pomme de terre est souvent incolore, mais ils produisent des gaz dans les milieux sucrés. L'auteur range, parmi les colibacilles, certaines espèces qui liquéfient lentement la gélatine (15-36 jours); ces bacilles liquéfiants développent peu ou pas de gaz dans le bouillon sucré et donnent, comme le bacille typhique, la séro-réaction de Durham-Bordet. H. VINCENT.

Taurelli SALIMBELLI. Sur l'agglutination : recherches sur l'immunité dans le choléra (*Annales de l'Inst. Pasteur, p. 277, mars 1897*).

En expérimentant sur un cheval et sur une chèvre fortement immunisés contre le vibrion cholérique, S. a vu que le phénomène de l'agglutination ne se produit pas dans le tissu sous-cutané, alors qu'il se produit dans l'exsudat péritonéal de l'animal examiné en goutte suspendue. Ce phénomène ne se produit pas davantage quand on injecte des vibrions cholériques sous la peau et dans le péritoine d'animaux activement ou passivement immunisés (expériences sur des cobayes hypervaccinés contre le vibrion de la Prusse orientale).

Donc l'agglutination, tout au moins pour les vibrions cholériques, est un phénomène qui se produit exclusivement en dehors de l'organisme. Les expériences de l'auteur démontrent que des conditions spéciales peuvent influencer la production de ce phénomène *in vitro*. L'auteur a constaté qu'une dose 100 fois supérieure à celle capable de déterminer l'agglutination au bout d'une heure de 1/10 de culture de vibrions de 24 heures sur gélose diluée dans 1 cc. 1/2 d'eau physiologique, n'est pas suffisante pour agir sur la même quantité de microbes quand on opère dans le vide. Mais d'autre part, par des doses supérieures, la réaction dans le vide se produit sensiblement de la même façon que dans les tubes témoins. En présence de ces résultats, il est absolument impossible de tirer des conclusions définitives. PAUL TISSIER.

A. KANTHACK et CONNEL. The flagella of the tetanus bacillus, etc. (*Journal of Pathol. and Bact., n° 4, p. 452, juin 1897*).

La coloration du bacille du tétanos par la méthode de Van Ermengem montre que ce microbe est entouré d'un très grand nombre de flagellas (20 à 30) dont les uns sont très fins et enchevêtrés (flagellas primaires, les plus nombreux) et les autres sont épais et nettement spiralés (flagellas secondaires, au nombre de 1 à 3). Lorsque le bacille vieillit, on voit disparaître les flagellas primaires, puis les cils épais. La spore étant formée, le bacille est entouré de sa capsule claire traversée par de fins linéaments irradiés, qui sont les résidus des flagellas. Ces derniers sont donc la continuation directe du protoplasma bacillaire et non pas une expansion de la capsule.

Les auteurs ont observé des cultures à bacilles ramifiés. H. VINCENT.

Digitized by Google

A. MARIE. Recherches sur la toxine tétanique (*Annales de l'Institut Pasteur, XI, p. 591*).

La toxine tétanique injectée aux animaux demeure un temps variable dans leur sang; le temps écoulé, l'inoculation des organes et des sécrétions glandulaires ne provoque aucun trouble, ni tétanique ni autre ; la toxine ne s'y retrouve pas, au moins avec ses propriétés tétanisantes connues. Les extraits des organes des animaux tétaniques préparés soit par les procédés de Courmont et Doyon soit par celui de Blumenthal, provoquent, quand on les inocule, des troubles immédiats qui n'ont rien à voir avec les symptômes ordinaires du tétanos. On n'est plus en droit d'invoquer, à l'appui de la théorie de l'école de Lyon, l'immunité transitoire de la grenouille, qui peut, en effet, contracter le tétanos dans les mêmes conditions de température extérieure que d'autres animaux de laboratoire. P. TISSIER.

I. — SANARELLI. Étiologie et pathogénie de la fièvre jaune (1er mémoire) (*Ann. de l'Institut Pasteur, XI, p. 433*).

II. — W. HAVELBURG. Extrait d'un mémoire intitulé : « Recherches expérimentales et anatomiques sur la fièvre jaune » (*Ibid., p. 515*).

I. — La fièvre jaune est une maladie infectieuse, due à un microorganisme bien défini, susceptible d'être cultivé dans nos milieux nutritifs artificiels et qu'on peut retirer non seulement du cadavre mais aussi pendant la vie du malade de fièvre jaune. Son isolement offre, dans la plupart des cas, des difficultés presque insurmontables, dues en partie à la présence constante d'infections secondaires et en partie à sa relative rareté numérique dans l'organisme. Ces infections secondaires sont dues presque toujours à des espèces microbiennes bien déterminées telles que le coli bacille, le streptocoque, les staphylocoques, les proteus, qui peuvent envahir l'organisme bien avant la mort du patient ; elles sont tellement intenses que souvent on ne peut s'empêcher d'attribuer à leur action cette terminaison fatale plutôt qu'à celle du bacille ictéroïde. Il est probable qu'une des causes qui donnent un aspect extrêmement protéiforme à la fièvre jaune chez l'homme est précisément la nature de ces infections secondaires et la manière dont elles se développent.

L'infection amarile, aussi bien chez l'homme que chez les animaux inférieurs est une maladie à marche cyclique. Dans le cours de la maladie, le microbe spécifique se rencontre dans les organes en très faible quantité, et ce n'est qu'à la fin du cycle morbide dont la durée peut être fixée à sept ou huit jours, qu'il se développe franchement et envahit presque à l'improviste l'organisme entier, accompagné presque toujours d'autres microbes probablement d'origine intestinale. C'est seulement dans les cas qui accomplissent régulièrement leur cycle morbide qu'on peut rencontrer avec une facilité relative le microbe spécifique dans le sang et les organes. Lorsqu'une septicémie intercurrente ou un empoisonnement urémique précoce arrêtent ce cycle morbide en provoquant la mort, il est extrêmement difficile d'isoler le bacille ictéroïde.

Digitized by Google

Le bacille ictéroïde une fois introduit dans l'organisme détermine non seulement une intoxication générale, mais produit des altérations spécifiques ayant leur siège électif surtout dans les reins, le tube digestif et le foie. Dans ce dernier viscère, il détermine une dégénérescence graisseuse rapide de l'élément histologique; dans le tube digestif il produit les lésions d'une gastro-entérite hématogène; dans le rein il donne lieu à une néphrite parenchymateuse aiguë. Comme la lésion rénale est une des plus précoces, on doit attribuer à l'anurie qui se développe bientôt chez les malades atteints de fièvre jaune un rôle qui n'est pas à négliger dans le développement et la terminaison du tableau morbide.

Le malade de fièvre jaune est, en effet, menacé de trois périls imminents et l'examen bactériologique du cadavre peut, avec une certaine approximation, mettre en évidence la cause principale de la mort. Dans les cas qui parcourent jusqu'au bout le cycle morbide, et lorsque le bacille ictéroïde se trouve dans le cadavre en certaine quantité et à l'état de pureté relative, la mort peut être considérée comme due principalement à l'infection spécifique. Lorsque le cadavre présente une culture presque pure d'autres microbes, on peut considérer la mort comme due à la septicémie qui se produit dans le cours de la maladie. Lorsque le cadavre se montre presque stérile, la proportion d'urée étant très élevée et la mort survenant avant que la maladie ait fini son cycle évolutif, elle peut être due aussi en grande partie à l'insuffisance rénale. Il est difficile d'établir pendant la vie du patient si les symptômes urémiques prévalent ou non sur les spécifiques parce que les symptômes les plus frappants de l'intoxication amarile se confondent aisément avec ceux de l'insuffisance rénale. Cette complication fréquente et inévitable est peut-être la cause principale qui empêche l'établissement d'un type thermique spécifique de la fièvre jaune. Il est très probable, en effet, que certaines températures en apparence normales, et certaines hypothermies étranges, qui se manifestent bien souvent pendant l'état de délire ou en pleine évolution du mal, ainsi que certains dénouements subits et inexplicables du processus morbide, sont dus en grande partie à l'intervention de l'intoxication urémique.

Le vomito negro est dû à l'action de l'acidité gastrique sur le sang qui a été extravasé dans l'estomac à cause des graves lésions toxiques de sa muqueuse. Le vomissement est provoqué directement par l'action émétique, spécifique, que possèdent les produits toxiques du bacille ictéroïde circulant dans le sang. Le caractère hémorragique présenté par la maladie est dû avant tout à la propriété hémorragipare que possède le bacille ictéroïde ainsi que d'autres microbes, et en second lieu aux rapides et profondes dégénérescences graisseuses, spécifiques, que le poison amarile provoque dans les parois vasculaires.

La recherche et l'identification du bacille ictéroïde dans les tissus n'a de valeur qu'après la connaissance des résultats bactériologiques de l'autopsie. Le bacille ictéroïde présente des caractères morphologiques si nets, malgré son grand pléomorphisme, qu'ils le font distinguer avec une grande facilité de tous les autres microbes connus jusqu'à présent. Une fois isolé soit du cadavre soit du malade, sa diagnose bactériologique sûre n'exige pas plus de vingt-quatre heures. Le bacille ictéroïde est pathogène pour la plupart de nos animaux domestiques.

Digitized by Google

Il se cultive facilement dans tous les milieux artificiels connus. Il se présente sous forme de bâtonnets à pointes arrondies, le plus souvent réunis en couples d'une longueur de 2 à 4 μ et, en général, deux fois plus long que large. Il se colore facilement avec tous les milieux colorants et ne résiste pas à la méthode de Gram. Il a de nombreux et longs cils vibratils. Il est anaérobie facultatif.

Si, après avoir laissé 12 à 24 heures à l'étuve à 37° ses cultures sur gélose, on les transporte à la température ambiante 20-28°, on voit se former, autour des colonies développées à l'étuve, un bourrelet saillant donnant à la culture un aspect pathognomonique.

Le virus de la fièvre jaune possède trois principales propriétés pathogènes : 1° des propriétés stéatogènes qui se manifestent avec d'autant plus d'intensité que l'animal qui les subit est plus élevé dans l'échelle zoologique ; 2° des propriétés congestives et hémorragiques ; 3° des propriétés émétiques.

II. — L'injection au cobaye de sang pris sur un malade (30 grammes de sang chez un cobaye de 535 grammes) produit des accidents toxiques, allant jusqu'à la mort en rapport avec la gravité de l'infection chez le malade. L'existence d'une substance toxique dans la fièvre jaune est donc hors de doute. Quand on injecte sous la peau d'un cobaye 1 à 2 centimètres cubes du contenu de l'estomac d'un individu mort de fièvre jaune, l'animal meurt infailliblement, et on trouve dans son sang, en culture pure, le microorganisme considéré par H. comme spécifique.

C'est un bacille petit et extrêmement mince dont la longueur est d'environ 1 μ et dont la largeur varie entre 0,3 et 0,5 μ. C'est un bâtonnet droit, généralement isolé, mais souvent par paires. Il ne donne de filaments dans aucun milieu de culture. Les deux pôles du bacille sont plus brillants, ce qui le fait ressembler à un diplocoque. Cette forme est plus fréquente dans les cultures fraîches et récentes, lorsque le bacille est très virulent. Il se colore très facilement avec toutes les couleurs d'aniline basiques, mais se décolore facilement par l'alcool absolu et les acides. Il ne prend pas le Gram ; il n'a pas de cils colorables ; il ne présente que des mouvements browniens. Il est pathogène pour le cobaye, la souris, moins pour le rat, pas du tout pour la poule.

Ce bacille semble bien différer du bacille coli : il paraît être immobile, croît en forme de tête d'épingle sur gélatine, se développe modérément avec une couleur grise sur pomme de terre, etc. Cependant il appartient au groupe des bacilles du côlon et de celui du typhus, il sert de transition entre ceux-ci et les bacilles de la septicémie hémorragique.

PAUL TISSIER.

W. LEMBKE. Beiträge zur Bakterienflora des Darms (*Archiv f. Hyg., XXVI*).

Lembke a étudié la flore microbienne des matières fécales de deux chiens soumis successivement à divers régimes alimentaires (biscuits pour chiens, pain, viande, graisse).

En ne tenant compte que des espèces aérobies, il est parvenu à en isoler 33 ; ce sont le pain et le régime mixte qui en fournissent le plus, 11 et 12 espèces. Un seul microbe s'est rencontré d'une façon constante,

Digitized by Google

quel que fût le genre de nourriture : c'est le bacille banal du côlon ; un coque non liquéfiant et une sarcine jaune s'observaient aussi très fréquemment. Toute modification du régime alimentaire est suivie de l'apparition de nombreuses espèces nouvelles dans les fèces ; puis, dès les jours suivants, ces nouvelles colonies diminuent rapidement de nombre, tandis que celles du bacille colique se multiplient.

Lembke pense qu'on pourrait utiliser, dans le traitement diabétique des affections intestinales, la connaissance de ces faits expérimentaux.

J. B.

R. KOCH et J. PETRUSCHKY. Beobachtungen über Erysipelimpfungen am Menschen (*Zeitschr. f. Hyg.*, *XXIII*).

La virulence des streptocoques n'est toujours que relative et seulement pour une espèce animale déterminée. Des streptocoques extrêmement virulents pour le lapin ne provoquent aucun trouble morbide chez l'homme. Bien plus, les streptocoques d'érysipèles humains agissent d'une façon tout à fait différente sur les divers individus auxquels on les inocule et ne produisent pas toujours un érysipèle. L'immunité à l'égard de l'infection streptococcique ne peut être obtenue ni par plusieurs atteintes d'un érysipèle léger, ni par le traitement préventif avec les sérums antistreptococciques. Le streptocoque de l'érysipèle et celui de la suppuration sont les mêmes.

Il n'est pas contestable que des infections réitérées par les streptocoques exercent une heureuse influence sur l'évolution du cancer, mais en comparaison de la débilitation des forces résultant de ce traitement, cette influence est trop minime pour qu'on puisse espérer guérir complètement un cancer par des érysipèles inoculés. J. B.

ROGER et JOSUÉ. Des modifications de la moelle osseuse dans les infections staphylococciques (*Soc. anat. Paris, p. 193, fév. 1897, et Presse méd., p. 113, 13 mars 1897*).

A la suite d'une inoculation sous-cutanée de staphylocoques, tous les éléments cellulaires de la moelle augmentent de nombre et même de volume : ils finissent par constituer la totalité du tissu médullaire, et leur développement a pour conséquence nécessaire la disparition de la graisse : l'élément inerte, qui forme à l'état normal, ou plutôt à l'état de repos, la plus grande partie du tissu, cède la place aux éléments actifs. Ces modifications de la moelle relèvent de l'action des toxines qui prennent naissance au foyer d'inoculation ; en effet, l'ensemencement fait avec cette moelle reste stérile, et d'ailleurs les injections des produits solubles du staphylocoque doré donnent les mêmes résultats, et mettent de même en jeu l'activité de la moelle osseuse.

L'hypergenèse cellulaire de la moelle a pour résultat de lancer dans la circulation un plus grand nombre de leucocytes, ce qui explique la leucocytose si fréquente dans la plupart des infections, et qui, notamment, précède, accompagne et explique la production des foyers purulents. De plus, en assurant la leucocytose, la moelle assure la phagocy-

Digitized by Google

tose : elle remplit donc un rôle protecteur d'une importance capitale. Cet état de la moelle explique les douleurs osseuses notées au cours d'infections, ainsi que la croissance si active qu'on observe souvent à la convalescence des maladies infectieuses.

P. MAUBRAC.

MOLODOWSKI. Influence comparée des cultures et des toxines des staphylocoques sur les opérations ophtalmologiques (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

1° Vingt-quatre heures après l'infection de la plaie oculaire avec les cultures de staphylocoques, on obtient de la conjonctivite avec iritis suppurée, quand on fait l'iridectomie avec discision du cristallin ; de l'iritis avec iridocyclite, quand on a fait l'extraction du cristallin sans issue du vitré ; de la panophtalmie, quand il y a issue du vitré. Si, au contraire, on fait agir sur la plaie la toxine staphylococcique, on obtient, dans le premier cas, de la conjonctivite simple avec iritis séreuse ; dans le deuxième cas, de l'iridocyclite séreuse avec congestion de la partie antérieure de la choroïde ; dans le troisième cas, de l'iritis avec choroïdite séreuse.

2° La plaie opératoire elle-même suppure après l'infection avec la culture et guérit par première intention après action de la toxine.

3° Dans l'infection avec la culture, l'inflammation dure plus longtemps que dans l'intoxication et persiste même quand les phénomènes dus à la toxine ont disparus.

4° Après introduction de la toxine dans la chambre antérieure, l'inflammation se dissipe seulement après l'iridectomie et dans quelques cas après la discision du cristallin ; après l'extraction du cristallin avec conservation du vitré, il y a de l'iridocyclite fibrineuse qui amène, le plus souvent, la perte de l'œil par formation de tissu conjonctif dans le segment antérieur du globe oculaire ; après l'extraction du cristallin avec issue du vitré, l'œil est toujours perdu par production de tissu conjonctif dans le segment antérieur et le segment postérieur du globe oculaire.

Ces conclusions sont basées sur 65 expériences sur le lapin.

H. FRENKEL.

SOLOWIEW. Influence comparée sur l'œil des cultures et des toxines du staphylocoque doré et du streptocoque pyogène (*Thèse de St-Pétersbourg 1897*).

1° Si on infecte le sac conjonctival avec les cultures du staphylocoque ou du streptocoque, la conjonctivite est légère et passagère ; la toxine staphylococcique produit une conjonctivite aiguë de un à deux jours de durée, la toxine streptococcique une forme plus grave avec hémorragies sous-conjonctivales ; de plus, par diffusion, la toxine staphylococcique provoque une infiltration superficielle de la cornée avec iritis séreuse, la toxine streptococcique, plus rarement de la kératite, mais plus souvent de l'iridocyclite fibrineuse.

2° Si on inocule les cultures ou les toxines dans la cornée, on obtient de la kératite suppurée avec hypopyon et iridocyclite ; on trouve les microbes dans la chambre antérieure, seulement quand la membrane de Descemet est altérée (par les toxines).

Digitized by Google

3° L'introduction des cultures dans la chambre antérieure provoque de la panophtalmie avec phtisie oculaire consécutive; si la capsule ou la zonule de Zinn a été altérée par l'exsudat, on retrouve les microbes dans les parties profondes de l'œil; sinon les toxines diffusent seules et provoquent la suppuration de ces parties. L'introduction des toxines seules dans la chambre antérieure provoque les mêmes lésions que l'inoculation des cultures dans la cornée.

4° L'introduction des cultures dans le corps vitré provoque de la panophtalmie à marche rapide; l'injection des toxines seules produit les mêmes lésions que l'injection des cultures dans la chambre antérieure.

5° Les microbes ou les toxines injectées dans le corps vitré ne passent pas dans le nerf optique, grâce à la papillite précoce qui bouche les voies lymphatiques de ce nerf; c'est par ce mécanisme qu'on peut expliquer l'absence de propagation de la suppuration oculaire aux méninges.

Ces conclusions sont basées sur 127 expériences sur le lapin.

H. FRENKEL.

J. BORDET. Contribution à l'étude du sérum antistreptococcique (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 177, mars 1897*).

En se servant du streptocoque à virulence exaltée de Marmorek, B. a étudié le mécanisme de l'infection chez le cobaye et le lapin par l'injection intrapéritonéale.

Le cobaye est beaucoup moins sensible que le lapin : 2/10 de cc. pour le cobaye, fraction de millionnième de millimètre cube pour le lapin. Après une courte période de phagolyse, apparaissent de nombreux leucocytes mono et polynucléaires qui englobent le plus grand nombre des streptocoques. Certains ne sont pas englobés et s'entourent d'une auréole colorée en rose violacé pâle par le bleu de Kühne. Ces streptocoques résistants exercent sur les phagocytes une action chimiotaxique négative; ce sont ces streptocoques qui vont se multiplier et causer l'infection mortelle. Dans les cas de guérison, on ne peut constater d'autre processus que celui de la phagocytose. Quelquefois, la guérison n'est qu'apparente (dose insuffisante de sérum antistreptococcique); tous les streptocoques sont englobés, mais certains gardent leur virulence et sont capables d'une repullulation tardive.

La valeur préventive du sérum varie suivant la porte d'entrée choisie pour l'inoculation du virus : les inoculations intrapéritonéales, intraveineuses, intraoculaires sont les plus dangereuses.

Le sérum de Marmorek ne manifeste vis-à-vis des streptocoques aucun pouvoir bactéricide. Il présente la propriété agglutinative mais à un faible degré. Cultivé dans un mélange à parties égales de sérum et de bouillon peptonisé le streptocoque ne s'atténue pas. La sérosité que l'on peut séparer par centrifugation d'un exsudat riche en globules blancs possède un fort pouvoir bactéricide *in vitro*, pouvoir qu'elle perd par le chauffage à 60° pendant quelques minutes. La partie liquide d'un exsudat riche en leucocytes, bactéricide *in vitro*, ne l'est pas dans l'organisme : développement des microbes dans le péritoine de lapin où les leucocytes sont très nombreux.

Digitized by Google

Lorsque l'on infecte des lapins neufs par l'injection péritonéale, le microbe penètre rapidement dans le sang et y pullule au point de déterminer la mort. Chez le lapin vacciné, la croissance du streptocoque dans le sang est beaucoup plus difficile et l'infection péritonéale peut se prolonger beaucoup plus longtemps sans amener de septicémie. Lorsqu'on injecte à un lapin vacciné une petite dose de culture jeune. tous les microbes sont englobés; il ne se produit aucun développement extracellulaire de microbes et l'animal guérit. Si la dose est plus forte et atteint ou dépasse 1/2 cc., beaucoup de streptocoques restent libres et bientôt se développent. Cependant, l'animal résiste; bientôt l'exsudat devient épais, homogène, blanc (vingt heures par exemple après l'injection) et la phagocytose apparaît et tous les streptocoques fourmillant hors des cellules sont englobés et la guérison survient, mais il faut pour cela que la phagocytose tardive apparaisse (péritoine préparé par une injection de bouillon).

Lorsque la culture de streptocoque est âgée de quelques jours, les lapins traités par le sérum peuvent résister à des doses très fortes.

La phagocytose tardive ou crise phagocytaire peut être complète ou incomplète et le moment précis de son apparition varie avec la gravité du cas. Lorsqu'elle est incomplète ou même seulement trop tardive, l'animal ne présente qu'une survie. Fréquemment, on la voit se produire au bout d'une vingtaine d'heures; elle est souvent plus tardive, si elle ne doit pas devenir totale. Si le nombre des microbes développés est trop considérable ou la dose de sérum trop faible, l'animal peut mourir avant l'accomplissement total de la phagocytose; le nombre des microbes libres est alors souvent restreint au moment de la mort. La mort peut survenir aussi après une phagocytose partielle à laquelle succède une repullulation de nouveaux streptocoques qui s'adaptent et finissent par envahir de nouveau l'exsudat. PAUL TISSIER.

PIERALLINI. Sur la phagolyse dans la cavité péritonéale (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 308, avril 1897*).

Tout liquide injecté en quantité suffisante (3 cc. à peu près) dans la cavité péritonéale du cobaye (sauf la solution physiologique de chlorure de sodium qui s'est montrée moins active) peut rendre le liquide péritonéal transparent par suite de la disparition des leucocytes. Les leucocytes se réunissent d'abord en amas et dépôts sur la paroi péritonéale, en particulier sur le grand épiploon (encre de Chine), mais il n'y a pas seulement dépôt : formation de fibrine, augmentation de volume, moindre colorabilité, aspect déchiqueté de certains leucocytes indiquant qu'il y a destruction partielle des leucocytes pendant la période de leucopénie.

Bientôt après se fait un afflux énorme de leucocytes (surtout polynucléaires) et de cellules éosinophiles. On peut ainsi préparer le péritoine (injection de bouillon peptonisé) et on constate que chez les animaux préparés la résistance des cellules est certainement plus forte; c'est ainsi que l'on peut réaliser une phogocytose beaucoup plus intense et une destruction de leucocytes infiniment plus petite à la suite de l'injection de liquides différents. PAUL TISSIER.

Digitized by Google

F. SALMON. Recherches sur l'infection dans la vaccine et la variole (*Annales de l'Inst. Pasteur, p. 289, avril 1897*).

L'inoculation de la vaccine à la surface de la cornée du lapin montre déjà des lésions caractéristiques sur les coupes à la vingtième heure. Au bout de 24 heures, apparaît une légère saillie qui devient visible à l'œil nu le 3e ou le 4e jour. On y trouve un pseudo-parasite tel qu'il a été décrit par Guarnieri avec les caractères suivants : contour arrondi, réfringence, existence d'un point central, affinités colorantes particulières et métachromatie, modes divers de reproduction, mobilité, évolution réglée, localisation spéciale dans la cellule d'où réaction, tumeur epithéliale, lésion du protoplasma et formation d'une vacuole péricorpusculaire. Constance dans la vaccine, absence dans toute autre affection.

On a voulu ranger ce parasite dans diverses familles. S'agit-il d'un parasite? Les réactions sur les matières colorantes sont celles du noyau des leucocytes, des cellules migratrices. Les cellules migratrices restées intactes sont peu nombreuses et de recherche difficile. Cette recherche réussit mieux chez le pigeon et chez la poule.

On s'explique ainsi facilement la mobilité du pseudo-parasite, véritable cellule migratrice, les figures de levure, d'amibe, de croissant, de division directe répétant exactement les formes du noyau des leucocytes polynucléaires. L'observation des grains de la vaccine amène à un simple problème de réaction cellulaire vraiment spéciale, sinon spécifique, à un chapitre particulier de l'inflammation. Dès le début de la vaccine, quelques heures après l'inoculation, la lésion locale présente des allures caractéristiques, tandis que les cellules migratrices en petit nombre se préparent à pénétrer dans le foyer épithélial, les cellules de l'épithélium constituent une véritable tumeur. Cette réaction épithéliale, d'une part, la faiblesse numérique des facteurs phogocytaires, d'autre part, ces deux éléments expliquent la conservation de l'épithélium pendant les premiers jours de l'infection vaccinale. Dans une deuxième phase, les cellules migratrices se montrent brusquement émiettées, fragmentées dans l'intérieur de la tumeur. L'aspect de la lésion à cette période est frappant. Dans chaque cellule épithéliale se trouve inclus un débris de leucocyte sous forme d'une masse de chromatine qui rend son origine méconnaissable. La vacuole péri-leucocytaire ajoute à la difficulté du diagnostic. Ce grain de nucléine parasite de la cellule simule le parasite de la vaccine. La troisième phase appartient à l'histoire de la vésiculation et finit par la chute de l'épithélium cornéen, le cinquième jour seulement. PAUL TISSIER.

H. POTTEVIN. Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1896 (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 336, avril 1897*).

1,308 personnes ont subi le traitement : 4 sont mortes ; mortalité : 0,3 0/0. 105 morsures à la tête ont donné 1 décès : 0,95 0/0 ; 703 morsures aux mains n'ont donné aucun décès ; 500 morsures aux membres ont donné 3 décès : 0,6 0/0.

Sont défalquées de la statistique les personnes ayant succombé après avoir présenté les premiers symptômes rabiques moins de 15 jours après

Digitized by Google

la dernière inoculation. Il faut, pour que l'immunité soit acquise un certain temps depuis la fin du traitement, tout comme par la vaccine jennerienne ou les inoculations préventives contre le charbon. Le délai de 15 jours a été choisi parce que l'incubation de la rage est de 15 jours environ chez le chien (inoculation intracranienne).

En comptant tous les décès, on a, depuis 1886, 18,698 cas traités avec 140 morts, soit 0,74 0/0.

A l'exception de Paris et des départements voisins, c'est le sud de la France qui a le plus de mordus faute de suivre les lois de police sanitaire. A peu d'exceptions près, chaque département a la quantité de chiens enragés qu'il mérite. PAUL TISSIER.

MICHAELIS et BEIN. Bacteriologische Untersuchungen in einer Reihe von Mumpsfällen (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 15, p, 326, 12 avril 1897*).

Il s'agit du diplocoque trouvé par von Leyden, l'an dernier, dans la sécrétion parotidienne obtenue par le cathétérisme du canal de Sténon. M. et B. l'ont retrouvé cette année dans 5 cas d'oreillons. Sous le rapport de sa forme, de son gîte dans les cellules et de la manière de se comporter en présence des substances colorantes, il ressemble beaucoup au gonocoque. On le rencontre aussi dans le pus de la parotidite suppurée. Il se développe non seulement sur les sols habituels, mais aussi dans le liquide ascitique et le lait qu'il coagule ; il a des mouvements propres. M. et B. n'ont pas réussi à l'inoculer aux animaux, même en l'injectant directement dans le parotide et dans les testicules. Ce diplocoque est très peu virulent. J. B.

G. VASSALE et F. GENERALI. Sur les effets de l'extirpation des glandes parathyroïdiennes (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 61*, *et Rivista di patol. nervosa*, *juill. 1896*).

On extirpe les deux glandules parathyroïdiennes d'un côté, chez le chien. Pas de troubles, ou seulement des troubles passagers. Après la première opération, on enlève les deux glandules restantes : mort. On opère autrement, on enlève les deux glandules internes, puis les deux glandules externes : mêmes résultats que précédemment. On extirpe trois glandules : dépression psychique, anorexie, rigidité du train postérieur, légère dyspnée, secousses musculaires : rétablissement. On enlève la glandule restante : accidents immédiats (dépression psychique, démarche rigide, parésie masticatrice, parésie générale, tremblements) : mort. Extirpation complète des deux lobes thyroïdiens en laissant en place les glandules externes : pas de troubles, ou seulement des troubles passagers. Même opération en laissant une seule glandule externe : troubles légers immédiats; rétablissement. En résumé, les quatre glandules parathyroïdiennes auraient une importance fonctionnelle spécifique, indépendante de la thyroïde. DASTRE.

Digitized by Google

S. GOLDBERG. Influence de la thyroïdectomie chez les jeunes animaux sur le développement de l'organisme et principalement du crâne et du cerveau (*Arch. russes de pathol., juin 1897*).

1° L'extirpation du corps thyroïde n'entraîne pas toujours un arrêt de développement de l'organisme.

2° Il n'y a aucune raison d'attribuer ces faits à l'existence des glandes accessoires, car les animaux restent bien portants ou ne se développent pas indépendamment de la présence ou de l'absence de ces glandes.

3° L'hypophyse est agrandie presque chez tous les animaux. La rate n'est agrandie que chez ceux qui ont souffert le moins des suites de l'opération.

4° Une maladie chronique qui se manifeste souvent après l'extirpation du corps thyroïde chez les jeunes animaux consiste dans l'arrêt de croissance, dans des troubles trophiques de la peau, phénomènes qui rappellent le crétinisme atrophique.

5° Il y a un lien indirect entre les fonctions du corps thyroïde et la croissance.

6° Le poids et les dimensions du cerveau sont plus faibles chez les animaux qui présentent de l'arrêt de développement que chez les témoins ; les cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale présentent de l'atrophie avec dégénérescence albumineuse.

7° Le crâne est diminué dans son diamètre antéro-postérieur; les os longs sont plus courts mais ont la même épaisseur que chez les témoins; les cartilages épiphysaires sont épaissis. Le microscope offre un aspect analogue à la « chondrodystrophie » de Kaufmann.

La théorie de Parrot est donc confirmée par les résultats expérimentaux de l'auteur. H. FRENKEL.

BARACZ. Zur Aetiologie des Darmverschlusses nach Resektion und totalen Ausschaltung des Dickdarms und Ileocœcum (*Centr. f. Chir., 3 avril 1897*).

Lorsque l'on résèque de grandes portions du gros intestin ou de l'iléocœcum, il en résulte forcément une solution de continuité du mésocôlon d'autant plus écartée que la portion intestinale est elle-même plus longue. D'autre part, la suture du mésocôlon, tissu éminemment déchirable, est des plus délicates. Ceci posé, B. a cherché à élucider le mécanisme de la mort consécutive dans ces cas à la résection intestinale. Chez 5 chiens, il a enlevé soit le côlon seul, soit le côlon avec l'iléocœcum, enlevant ainsi de 18 à 45 centimètres d'intestin, puis il a aveuglé les points de sections et réuni ensuite l'intestin grêle au rectum. Ces diverses interventions ne provoquèrent aucune perturbation chez les animaux jusqu'au jour où ils furent nourris au moyen d'aliments solides : ils succombèrent alors dans les 3 à 6 jours.

A l'autopsie, on put se convaincre que toutes les sections et l'entérorraphie étaient guéries et que la mort avait été causée par une torsion, d'où pincement et obstruction intestinale absolue de l'intestin qui s'était engagé dans la solution de continuité du mésocôlon. D'où cette règle de clinique chirurgicale : dans tous les cas de résection du gros

Digitized by Google

intestin avec union intestinale circulaire subséquente, il faut toujours suturer le mésentère. CART.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

A. PLOTTIER. Recherches sur le passage de quelques substances médicamenteuses de la mère au fœtus (*Thèse de Genève, 1897*).

Expériences faites sur des femelles de lapins et de cabiais.

D'une façon générale, les substances solubles qui présentent des réactions sensibles et sont facilement retrouvées dans l'urine après leur diffusion dans l'organisme, passent également dans le fœtus quand on les administre à la mère à doses suffisantes.

Les résultats obtenus avec un produit déterminé peuvent s'appliquer, dans la généralité des cas, aux corps offrant des propriétés chimiques analogues ou faisant partie du même groupe. Le chlorate de potasse, le bromure et l'iodure de potassium, l'arsenic, l'oxyde de carbone, le lithium, le mercure, l'alcool, le phénol, le salicylate de soude, l'antipyrine et la morphine ont été retrouvés dans le fœtus lorsque les doses administrées à la mère étaient assez élevées.

Le strontium n'a pu être décelé ni dans le tissu fœtal ni dans les eaux de l'amnios. Pour la quinine, le résultat est resté douteux.

Les substances à réactions très sensibles, administrées par la voie sous-cutanée en quantité suffisante, passent dans le liquide amniotique et peuvent y être décelées par l'analyse. Telles sont : le chlorâte de potasse, l'iodure et le bromure de potassium, le lithium, l'alcool, le phénol et le salicylate de soude. Par contre, la recherche analytique du strontium, du mercure et de la quinine dans les eaux de l'amnios n'a pas donné de résultat. En ce qui concerne la quinine, son passage ne nous parait pas démontré. J. B.

I. — SCHEURLEN. Die gesetzmassigen Beziehungen..... (Les rapports réguliers entre l'état de solution et l'activité des désinfectants) (*Münch. med. Woch., p. 81, 26 janv. 1897*).

II. — PAUL et KRÖNIG. Idem (*Ibid., 23 mars 1897*).

I. — L'auteur démontre que l'activité des sels métalliques varie suivant l'état électrotonique de ces sels. Par exemple, le sublimé corrosif à 1 0/00 agit plus vite que l'hydrargyro-hyposulfite de potassium à 2,32 0/00, quoique la quantité relative de mercure dans la solution soit la même. Le chlorure de fer à 1 0/0 est beaucoup plus actif que le ferricyanure de potassium, le sublimé que l'hydrargyro-cyanure de potassium. La loi de ces anomalies apparentes est donnée par l'électrolyse de

Digitized by Google

ces sels. Dans le sublimé Hg est catélectrotonique, dans l'hydrargyro-hyposulfite de potassium K est catélectrotonique et le groupe hyposulfite de mercure anélectrotonique. Les expériences du même auteur ont démontré de même la moindre activité désinfectante du phénate de soude que du phénol, et que l'addition de 20 0/0 de sel marin à une solution de sublimé au millième diminue considérablement son activité antiseptique.

II. — L'éthylchlorure de mercure ($C^2H^5.Hg.Cl$) dont Scheurlen et Spiro disent qu'il tue les spores charbonneuses en un moment à la dilution de 1/10000, n'agirait d'une façon appréciable à celle de 1/1500 qu'après neuf heures de contact. De la sorte il ne forme pas une exception à la loi qui veut que, en général, les solutions métalliques où le métal fait partie d'un ion complexe et, où, par suite, la concentration de son ion est très faible, n'exercent qu'une action désinfectante extrêmement faible.

C. LUZET.

G. GUTTMANN. Ueber Holocaïn, ein neues Anästheticum (*Deutsche med. Woch.*, *n° 11, p. 165, 11 mars 1897*).

Des expériences qui ont été faites sur les animaux et l'homme, il résulte que l'instillation dans l'œil de 2 à 3 gouttes produit en 1 à 2 minutes une anesthésie de la cornée suffisante pour les opérations, durant de 8 à 9 minutes; avec la cocaïne, l'anesthésie n'est obtenue qu'au bout de 10 à 15 minutes. L'épithélium cornéen n'est en rien modifié. Il n'y a pas de dilatation pupillaire. La tension du globe oculaire ne se modifie pas comme avec la cocaïne; ceci serait un inconvénient pour les opérations de glaucome mais un avantage pour les opérations de cataracte. Le principal inconvénient de l'holocaïne est qu'elle ne peut être employée qu'en instillations et pas en injections à cause de sa toxicité ; elle ne s'applique donc qu'aux opérations sur le bulbe ou la conjonctive; de plus, elle ne peut être stérilisée que dans des vases ne renfermant pas trace d'alcali.

H. DE BRINON.

DERBY. The new local anesthethic, holocain (*Boston med. surg. Journal, 3 juin 1897*).

L'holocaïne administrée intérieurement ou sous la peau même à doses minimes est un violent poison dont l'administration par ces voies est formellement contre-indiquée. Son action locale anesthésique est puissante, survenant de 15 secondes à 1 minute après l'instillation et durant 10 minutes. Elle ne dilate pas la pupille, est sans action sur l'accommodation et n'augmente pas la pression intra-oculaire. Elle pourra dans certains cas de chirurgie oculaire prendre la place de la cocaïne.

CART.

WINSELMANN. Ueber Holocain (*Klin. Monatsbl. f. Aug., mai 1897*).

L'auteur a pu faire la comparaison, sur le même malade, entre la cocaïne et l'holocaïne ; chez une jeune fille de 16 ans, on fit la section

Digitized by Google

des deux droits externes pour un strabisme externe aux deux yeux; une solution d'holocaïne à 1 0/0 fut employée à l'œil droit, et une solution de cocaïne à 3 0/0 sur l'œil gauche, d'une façon absolument identique. La malade déclara avoir moins senti à l'œil droit qu'à gauche ; l'hémorragie avec l'holocaïne est aussi bien moins abondante ; elle contracte fortement les vaisseaux. Ce résultat hémostatique ne fut cependant pas obtenu dans un autre cas semblable. L'ablation des corps étrangers de la cornée, avec une goutte d'holocaïne, est bien moins sensible qu'avec la cocaïne. Bons résultats aussi pour la cataracte et une discision consécutive. L'accommodation et la pupille ne sont pas influencées par l'holocaïne ; il n'y a pas non plus, comme avec la cocaïne, une desquamation épithéliale de la cornée. Pas de phénomènes d'intoxication, même avec les injections sous-conjonctivales d'holocaïne. Celle-ci est donc supérieure à la cocaïne, parce qu'elle agit plus vite, améliore mieux et plus longtemps, et n'influence ni la pupille ni l'accommodation, et qu'elle laisse intact l'épithélium cornéen.

ROHMER.

P. SILEX. Nouvelles observations sur l'eucaïne B (*Therap. Monats.*, *p. 323*, *juin 1897*).

L'eucaïne A, dans certains cas, détermine une vive irritation conjonctivale. Avec l'eucaïne B l'anesthésie est complète, l'injection des vaisseaux modérée. Elle ne paraît pas troubler la cornée. L'instillation continuée un certain temps de la solution à 2 0/0 détermine une forte congestion de la muqueuse. L'injection de quelques gouttes dans la chambre antérieure permet d'obtenir l'anesthésie de l'iris.

PAUL TISSIER.

LO MONACO. Sur l'action vermicide de la santonine et de quelques-uns de ses dérivés (*Arch. ital. de biol.*, *XXVI*, *p. 216*).

La santonine est vermicide quand elle agit dans l'intestin; elle ne l'est pas *in vitro* contre les ascarides. Cela tient à ce que la santonine (dissoute dans HCl) est précipitée par l'alcalinité des liquides intestinaux, à l'état de subdivision favorable à l'absorption. Ce qui vaut mieux que de l'administrer directement en cristaux de santonate de sodium. Dissoute dans l'alcool, puis précipitée par grand excès d'eau, elle peut se dissoudre dans la soude. A cet état de précipitation elle empoisonne les ascarides même *in vitro*.

DASTRE.

F. Woodcock GOODBODY. The action of lysidine and piperazine as uric acid solvents (*Brit. med. Journ.*, *p. 901*, *3 oct. 1896*).

Quand on ajoute de la pipérazine ou de la lysidine à une urine riche en dépôts de gravelle urique, elles entravent la précipitation du sable urique.

L'expérimentation prouve que la lysidine est un dissolvant plus actif de l'acide urique que la pipérazine.

Tous deux, prises à l'intérieur, accroissent l'élimination de l'acide

Digitized by Google

urique sans augmenter sa formation dans l'organisme : elles agissent en augmentant le pouvoir dissolvant du sang. En sorte que leur administration prolongée détermine une diminution de la quantité d'acide urique éliminée par les reins.

La pipérazine et la lysidine sont toutes deux diurétiques et accroissent l'élimination de l'urée. H. RENDU.

G. DASSONVILLE. Sur le cordol, nouvel agent narcotique et hémostatique (*Écho méd. du Nord, 22 oct. 1896*).

Le cordol, tribromure de salol, est une poudre blanche, inodore, insipide, insoluble dans l'alcool et l'éther. A la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, il agit comme narcotique, quelle que soit la cause de l'insomnie. Il est également efficace comme hémostatique. A. C.

I. — A. CLASSEN. Zur Kenntniss des Amyloforms und des Glutols (*Therap. Monats., n° 1, janv. 1897*).

II. — C. LONGARD. Zur Amyloformfrage (*Ibid., p. 35*).

I. — L'amyloforme, combinaison de l'amidon avec la formaldéhyde, est un composé défini, stable (ne se détruisant pas à 180°), ne se décomposant pas au contact de l'eau chaude ou froide, ne s'agglutinant pas, n'ayant plus la structure microscopique de l'amidon, se décomposant sous l'action des acides et des alcalis faibles en mettant en liberté de la formaldéhyde.

II. — Il est absolument dépourvu d'action toxique ou irritante ; il a une action favorable sur les sécrétions ; il modifie très vite les plaies, ne détermine pas la production de croûtes derrière lesquelles s'amasse le pus et supprime rapidement l'odeur des plaies gangréneuses. PAUL TISSIER.

ABEL. Ergotinols als Ersetz für Ergotin (*Berlin. klin. Woch., n° 8, 22 fév. 1897*).

Vosswinckel prépare l'ergotinol (liquor ammonii ergotinici) de la façon suivante : on épuise avec de l'eau le seigle ergoté pulvérisé et privé de son huile ; les extraits additionnés d'acides sont soumis à l'hydrolyse. L'acide est ensuite neutralisé et la fermentation alcoolique commence ; lorsque celle-ci est terminée, le produit est dialysé puis concentré de manière qu'un centimètre cube d'ergotinol corresponde à 50 centigrammes d'extrait de seigle ergoté de la pharmacopée allemande.

Les avantages de l'ergotinol sur les autres préparations d'ergotine sont son dosage facile, sa promptitude d'action et surtout son aptitude à se conserver. Abel a constaté qu'au bout d'un an, l'ergotinol a gardé toutes ses propriétés.

On l'emploie en injections dans les mêmes circonstances que l'ergotine. Jamais Abel n'en a observé d'effets accessoires fâcheux. Le seul inconvénient des injections d'ergotinol est la douleur qu'elles provoquent ; on y peut remédier par l'adjonction d'une petite quantité de morphine ou de cocaïne. Abel n'a jamais dépassé la dose de 2 centimètres cubes par jour. J.

Digitized by Google

Karl BORNSTEIN. Ueber Fleischersatzmittel (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 8, 22 fév. 1897*).

D'expériences faites sur lui-même, Bornstein conclut que la nutrose est parfaitement absorbée dans le tube digestif, qu'elle a une valeur nutritive équivalente à celle des albuminoïdes de la viande ; que même à doses assez fortes, elle est ingérée sans répugnances et bien tolérée, à l'inverse des peptones et de la somatose qui, en raison de leurs effets irritants sur l'intestin, ne sont pas supportées, même à faibles doses, par un appareil digestif sain.

La nutrose est une poudre blanche, d'aspect appétissant, inodore, presque sans saveur, très soluble dans l'eau et d'un prix peu élevé.

Comme elle fournit un faible volume de matières fécales, elle trouvera son emploi aussi dans les affections ulcéreuses de l'intestin et lors d'opérations sur le périnée. J. B,

W. LÖWENTHAL. Zur Kenntniss der Spontanemulgirung von fetten Oelen (Émulsions spontanées des huiles grasses) (*Arch. f. Phys.*, *p. 258, 1897*).

Gad a montré en 1878 qu'une goutte d'huile rance déposée dans une solution diluée de carbonate de sodium s'émulsionnait d'elle-même sans aucune intervention mécanique extérieure.

L'auteur a repris l'étude de cette question et a cherché à déterminer pour plusieurs espèces d'huiles les limites d'acidité en dedans desquelles le phénomène se produit, ainsi que l'influence de la composition du liquide alcalin. Il est impossible d'entrer ici dans le détail des expériences. Bornons-nous à quelques indications.

La plus belle émulsion spontanée s'obtient en plaçant de l'huile d'olive ou de colza contenant 9 0/0 d'acide oléique dans une solution de soude à 0.15 0/0 (0.06 0/0 de Na^2CO^3 anhydre). Si l'on emploie une solution contenant du chlorure de sodium (1 0/0), l'optimum sera atteint en plaçant de l'huile d'olive à 3.6 0/0 d'acide oléique dans une solution à 0.06 à 0.01 0/0 de Na^2CO^3. La présence de bile est utile dans certains cas.

Rappelons que d'après Levin, il ne suffit pas qu'une graisse soit émulsionnée pour être absorbée dans l'intestin. Il faut de plus le contact de la bile et du suc pancréatique. LÉON FREDERICQ.

A. BENEDICENTI. Ueber die Einwirkung des Formaldehyds, des Hydrazins und anderer reducirender Agentien auf den Blutfarstoff (Action de l'aldéhyde formique, etc.) (*Archiv für Physiol.*, *p. 210, 1897*).

L'adéhyde formique attaque l'oxyhémoglobine aussi bien *in vitro* qu'*in vivo* et met l'hématine en liberté. L'action toxique de la formaldéhyde est due exclusivement à cette décomposition de l'hémoglobine.

LÉON FREDERICQ.

Digitized by Google

A. BENEDICENTI. Beiträge zur Kenntniss des chemischen und physiologischen Wirkungen des Formaldehys (Action de la formaldéhyde sur quelques substances protéiques) (*Arch. f. Phys., p. 219, 1897*).

La formaldéhyde forme avec la gélatine une combinaison insoluble dans l'eau chaude. Cette combinaison distillée dans un courant de vapeur d'eau se dissocie en formaldéhyde et en gélatine régénérée. De même, l'albumine de l'œuf, celle du sérum, la fibrine, la caséine sont transformées par la formaldéhyde en combinaisons inattaquables par les sucs digestifs, à propriétés physiques et nouvelles que l'on peut ultérieurement dissocier en leurs constituants. Voir l'original pour l'exposé détaillé des nombreuses expériences. LÉON FREDERICQ.

A. GOTTSTEIN. Experimente mit Glutol (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p. 304, 5 avril 1897*).

Kauser a découvert une combinaison chimique du formaldéhyde avec la gélatine, de consistance cornée à l'état sec, et insoluble dans l'eau chaude, les alcalis et les acides.

Schleich, qui s'est servi avec profit de glutol pulvérisé pour panser des plaies suppurantes, a expliqué son mode d'action en disant que les cellules de l'économie, notamment les globules du pus dissolvent le glutol en mettant en liberté des formaldéhydes. Les expériences de Gottstein montrent la justesse de cette théorie. Si l'on mêle du glutol à des globules de pus et qu'on filtre le liquide, on obtient la réaction colorée indiquant la présence de l'aldéhyde formique.

Classen appliquant la théorie de Schleich a préparé l'amyloforme par combinaison de fécule avec la formaldéhyde et lui attribue les mêmes propriétés que le glutol. Or, Classen convient lui-même que son amyloforme est décomposé par les acides et les alcalis et en effet, quand on le traite avec de l'acide sulfureux fuchsiné, il se produit immédiatement une coloration rouge intense.

Gottstein conclut que l'amyloforme ne se distingue en rien des antiseptiques indifférents qui laissent dégager leur principe actif grâce à l'action dissolvante des sécrétions alcalines de la plaie, tandis que le glutol a un mode d'action tout autre, qui lui est spécial.

Gottstein a reconnu que la pepsine est aussi un dissolvant du glutol.

J. B.

R. MAKGILL et A. MAVROGORDATO. The action as poisons of nitrites and other physiogically related substances (*The Journ. of phys., XXI, p. 160*).

Les nitrites changent l'hémoglobine, non pas simplement en méthémoglobine, mais en un mélange de méthémoglobine et d'hémoglobine nitrique. Cette transformation n'est jamais complète chez le vivant. Après la mort, la putréfaction ou les agents réducteurs convertissent la totalité du pigment en hémoglobine nitrique. Un excès de nitrite d'amyle change l'hémoglobine en photométhémoglobine. L'action toxique des nitrites est due à leur action sur l'hémoglobine et à la paralysie du pouvoir conver-

Digitized by Google

gent du sang par l'oxygène. Dans l'oxygène comprimé, cette action est abolie. Avec des doses considérables, les nitrites se comportent comme des poisons directs pour les tissus. Chez les souris et les lapins, la nitroglycérine, le nitrobenzol et l'hydroxylamine se comportent comme des poisons directs des tissus avant de manifester les effets de la formation de nitrites et de décomposition de l'hémoglobine. Le chlorate de soude n'a pas d'action toxique spécifique et n'affecte pas l'hémoglobine; le dinitrobenzol décompose l'hémoglobine en un produit incapable de transporter l'oxygène et produit ainsi les symptômes de l'asphyxie des tissus.

DASTRE.

J.-E. HEYMANN et P. MASOIN. Étude physiologique des dinitriles normaux (*Arch. de pharmacodynamie, III, 1 et 2, 1896*).

Étude détaillée de l'action des dinitriles normaux, le cyanogène, le nitrite malonique, le nitrite succinique et le nitrite pyrotartrique. Leur toxicité est étudiée chez les batraciens, grenouille, le lapin et le pigeon.

Puis une série de faits relative à l'étude des symptômes de l'intoxication par le nitrite malonique sur la respiration, la circulation, le système vaso-moteur, le système nerveux, la température, la perte de calorique, les échanges respiratoires, l'élimination urinaire.

Enfin comme conclusion, démonstration de l'action antitoxique de l'hyposulfite de soude vis-à-vis des dinitriles. P. T.

GELLHORN. Zur Frage der Eisentherapie (*Therap. Monatsh., p. 241, mai 1897*).

Le fer est absorbé au niveau du duodénum où l'on peut le déceler dans l'épithélium et dans le stroma des papilles. Le simple traitement hygiénique et diététique n'élève la richesse du sang en hémoglobine qu'au début ; la médication par le fer est donc une médication utile.

PAUL TISSIER.

J. BRANDL. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung, Aufnahme und Ausscheidung von Kupfer (*Arbeiten aus d. k. Gesundh.-Amte, XIII*).

En administrant divers composés cupriques à des animaux, Brandl recherchait la proportion qui en était éliminée par les urines et les matières fécales, celle qui était emmagasinée dans l'organisme et la durée de séjour du cuivre dans l'économie animale.

Le tartrate double de cuivre et de soude, introduit dans les veines ou sous la peau des chiens, provoque des vomissements répétés et un dépôt considérable de cuivre dans le foie ; quand on injecte dans les veines 3 grammes de cuivre par kilogramme du poids de l'animal, le foie en retient 15,15 0/0 ; quand on injecte sous la peau 21 grammes par kilogramme, il en retient 53 0/0. Lorsque le cuivre est administré par la voie gastrique à des chiens ou des lapins, la quantité qui s'en accumule dans le foie oscille entre 1,15 et 6,94 0/0 de la quantité introduite. Dans presque tous les cas, il y avait albuminurie. Chez une chienne qui, en une

Digitized by Google

quinzaine, avait reçu 719 grammes de cuivre sous forme d'oléate, il en a été retrouvé 1,57 0/0 dans la bile et le foie.

Sur 1 ou 2 grammes d'albuminate de cuivre administrés en une seule fois à des chiennes, les matières fécales en éliminent, dans l'espace de 2 jours, de 91,28 à 94,47 0/0. Chez une chienne ayant ingéré en 14 jours 658 grammes de cuivre sous forme d'albuminate, on n'en retrouve que 1,41 0/0 dans le foie, la bile et les reins. Tout cela prouve la faible absorption du cuivre des végétaux.

Chez une chienne ayant ingéré d'un coup 1 gr. 1/2 de phyllocyanate de cuivre, les 2 jours suivants, les fèces en éliminèrent 92,6 0/0 ; on peut donc regarder ce composé cuprique comme traversant l'économie sans y être modifié.

Chez un lapin ayant ingéré pendant 130 jours de suite 40 grammes de cuivre sous forme d'une solution de sulfate, l'urine ne renferma jamais d'albumine, tandis que le foie avait retenu 0,97 0/0 du cuivre introduit ; chez un autre lapin où la même expérience ne fut poursuivie que 65 jours, le foie n'avait retenu que 0,85 0/0 du cuivre ingéré. Une chienne reçut en une quinzaine 465 grammes de cuivre à l'état de sulfate sans accidents rénaux ni vomissements, et on en retrouva 6,77 0/0 dans le foie. Br. conclut que le cuivre administré par la bouche à doses non émétiques peut provoquer à la longue une intoxication chronique dont Filehne (*R. S. M.*, XLVI, 476 et XLVIII, 477) a indiqué les lésions viscérales (foie, reins et anémie générale). Mais, chez l'homme, de tels accidents doivent être rares, parce que Lehmann (*R. S. M.*, XLVIII, 119) a montré que les composés du cuivre avec l'albumine, le cuivre se trouvant dans de la viande ou des légumes, ne peuvent être ingérés qu'en quantités minimes ou très diluées, non seulement à cause de leur saveur désagréable et persistante mais aussi à cause des vomissements. Chez les animaux, les phénomènes généraux sont d'autant plus rapides et plus intenses qu'il s'agit d'un sel plus facile à résorber. Sous ce rapport, le tartrate double de cuivre et de soude occupe le premier rang; puis viennent l'acétate, l'oléate et le stéarate. L'albuminate est le moins dangereux parce que l'intestin n'en absorbe qu'une très faible proportion et que même une minime fraction de celle-ci arrive seulement dans la circulation générale. L'élimination du cuivre par l'épithélium intestinal, l'urine, la salive et le lait est insignifiante et passagère; en revanche, le cuivre amené au foie par la veine-porte est éliminé par la bile d'une façon lente mais continue et n'est retenu dans le foie, qu'à titre accidentel, en masses considérables.

J. BEX.

OTTOLENGHI. Sul mecanismo d'azione del calomelano e sul suo potere tossico (*Boll. della R. Accad. med. Genova, 1896*).

Le calomel est toxique; son empoisonnement a deux formes : la forme aiguë caractérisée, après dose élevée, par des vomissements répétés, une diarrhée fréquente, souvent teintée de sang. L'empoisonnement lent par les doses thérapeutiques répétées est d'abord caractérisé par de la diarrhée, de la perte d'appétit et de poids, quelquefois avec gingivite et stomatite accentuée. Le vomissement d'abord rare devient plus fréquent; la diarrhée ne s'observe qu'à la fin. C. LUZET.

Digitized by Google

AUFRECHT. Experimentelle Lebercirrhose nach Phosphor (Cirrhose expérimentale du foie à la suite de l'administration du phosphore) (*Deutsche Archiv für klin. Med.*, *LVIII*, *p. 302*).

Le phosphore provoque une lésion des cellules hépatiques et atteint tout d'abord la périphérie des acini hépatiques. Si l'on donne de petites doses, fréquemment répétées, de phosphore, il n'y a pas nécrose complète des cellules, mais diminution de pâleur de leur protoplasme, de sorte que leurs noyaux deviennent plus apparents et plus rapprochés. La cirrhose ou hépatite interstitielle diffuse, provient donc, selon Aufrecht, non pas d'une inflammation interstitielle, mais exclusivement d'une maladie des cellules hépatiques de la périphérie des acini. C. LUZET.

E. VALUDE. Effet toxique d'un nouveau mydriatique : la scopolamine (*Ann. d'hyg. publ., janv. 1897*).

Demoiselle de 65 ans, atteinte d'iritis chronique avec synéchies. Collyre de bromhydrate de scopolamine à 1/200 à instiller matin et soir dans les deux yeux.

Dès la première instillation, l'action mydriatique est obtenue sans rien autre d'anormal qu'un peu de sécheresse de la bouche. Quelques instants après la seconde instillation, vertige avec imminence de chute; quand la malade revint à elle, délire incohérent, surtout verbal, persistant toute la nuit.

Le lendemain matin, à la suite d'une débâcle intestinale, l'agitation disparaît et le délire verbal fait place à une simple loquacité qui disparaît complètement vers le soir. La malade n'a aucune conscience de ce qui s'est passé.

Le même collyre a été instillé plusieurs jours de suite chez quatre femmes sans produire le moindre accident.

Dans sa jeunesse, la malade de Valude avait eu des attaques hystériques; mais elle se sert largement de l'atropine sans offrir de phénomènes d'intoxication. J. B

Theodor GIESELER. Zur Kasuistik und Ätiologie der sogenannten Vanillevergiftungen (*Thèse de Bonn, 1896*).

La toxicité éventuelle prétendue de la vanille ne repose sur aucune base certaine.

La présence de cardol dans la vanille doit être considérée comme la cause vraisemblable de l'affection professionnelle décrite sous le nom de vanillisme.

En revanche elle ne peut rendre compte des phénomènes d'intoxication du tube digestif. Dans les faits de Bonn et de Rüngsdorf, qui ont été l'objet de recherches spéciales, on n'a pu incriminer la vanille employée.

Certaines circonstances permettent de supposer qu'on doit chercher la cause des accidents dans une décomposition des ingrédients albumineux (lait, œufs) entrant dans la préparation des mets vanillés, décomposition due à des microorganismes. Rien dans les observations n'autorise l'idée d'un empoisonnement métallique. J. BEX.

Digitized by Google

J.-J. MATIGNON. De l'atriplicisme, intoxication par l'arroche (*Ann. d'hyg., fév. 1897*).

Les sommités de l'arroche jeune sont consommées, en guise d'épinards, par les Chinois de la classe pauvre. Assez souvent elles donnent lieu à des phénomènes d'empoisonnement. Cependant toutes les pousses de la plante ne sont pas toxiques. En outre, ceux qui les lavent soigneusement, les font bien cuire ou élaguent les feuilles de couleur suspecte, demeurent indemnes. Cela tient à ce que les accidents sont dus à la présence sur la plante d'un parasite animal, d'une araignée, de teinte jaune verdâtre, moins volumineuse qu'un grain de chènevis.

Les premiers cas d'intoxication se montrent à Pékin vers le milieu de mai. Les symptômes apparaissent de 10 à 24 heures après l'ingestion et sont des troubles exclusivement locaux. Ils débutent par les mains qui sont le siège d'engourdissements douloureux et de fourmillements au bout des doigts qui se refroidissent, et de démangeaisons sur la face dorsale. Dans les cas légers, le pouce et l'index sont seuls atteints. Peu après, ces parties s'œdématient, les ongles et les pulpes digitales se cyanosent, principalement le pouce. Au milieu de douleurs lancinantes, rapidement l'œdème s'étend.

Rien à noter du côté des sens spéciaux et des urines ; pas de fièvre, mais un pouls lent. La terminaison par résolution et desquamation membraneuse ne s'observe que dans les cas très légers. Le plus souvent les phlyctènes et les ecchymoses deviennent le siège d'ulcérations d'autant plus rebelles que les malades sont presque toujours des individus très débilités. Quant à l'œdème, il disparaît au bout d'une huitaine.

J. BEX.

G. MINGAZZINI et G.-B. BUGLIONI. Studio clinico ed anatomico sul latirismo (*Rivista sper. di fren. e med. leg., I et II, 1896*).

Etude d'ensemble et nosographie méthodique de cette intoxication, expériences personnelles sur les animaux. Les auteurs concluent, au point de vue anatomo-pathologique, que la maladie frappe exclusivement les ramifications du faisceau pyramidal dans l'épaisseur de la substance grise (arborisations terminales des neurones cortico-spinaux des voies pyramidales), et cela surtout dans la région lombaire. PIERRE MARIE.

BARNES et J. DUNCAN. Notes on a cases of belladonna poisoning, recovery *Brit med. Journ., p. 1157, 8 mai 1897*).

Un homme de 45 ans avale par mégarde une once de glycérine belladonée, la prenant pour de la bière, c'est-à-dire une dose d'atropine de près de 15 centigrammes. Il essaye de se faire vomir, infructueusement, avec du thé et de l'eau salée. Le médecin arrive trois heures et demie après l'accident et le trouve dans le coma avec du grincement de dents, des soubresauts des membres, de la carphologie, les pupilles dilatées, la peau sèche et brûlante, le pouls misérable, la respiration fréquente et stertoreuse. On le fait vomir instantanément avec une injection de 0,01 d'apomorphine, et quelques instants après,

Digitized by Google

on lui fait une injection sous-cutanée de sulfate de strychnine de 0,002. Au bout de quatre heures, le coma fait place à un délire violent avec hallucinations, très semblable au délire alcoolique, une injection de 0,015 de morphine calme ce délire presque instantanément; dans la soirée, il commence à uriner et à transpirer, la parole revient et le malade répond aux questions sans aucun souvenir de l'accident. Guérison rapide à partir de ce moment. H. RENDU.

E. STERN. Empoisonnement mortel par le chlorure de baryum (*Zeitschr. f. Med., IX, et Viertelj. für gerichtl. Med., p. 244, janv. 1897*).

Homme auquel on tend par malice une bouteille remplie d'une solution de chlorure de baryum à 20 0/0; il en avale une gorgée, représentant environ 8gr,6 du sel anhydre. Immédiatement il éprouve de l'anxiété, du malaise, de la faiblesse, a des vomissements, de la diarrhée et devient aphone. Malgré l'administration de sulfates de soude et de magnésie, le collapsus s'accentue et la mort arrive au bout de dix heures. L'autopsie et l'analyse du contenu du tube digestif furent négatives, tandis que du sang on retira 0,158 de sulfure de baryum (*R. S. M.*, XXXIX, 81). J. B.

Chr. GEILL. Un cas d'intoxication chronique par le trional (*Therap. Monats., n° 7, p. 399, juill. 1897*).

L'intoxication analogue à celle par le sulfonal s'accompagna de troubles de la digestion, de désordres du mouvement et d'hématoporphyrinurie. Il se produisit une paralysie et une anesthésie totale et le malade succomba avec de la pneumonie hypostatique. Les reins présentaient des lésions de néphrite parenchymateuse aiguë. Il faut veiller, lorsqu'on administre le trional, à ce que les malades ne soient pas constipés.

PAUL TISSIER.

L. LEWIN. Der Puls bei der acuten Bleivergiftung (Le pouls dans l'empoisonnement aigu par le plomb) (*Deutsche med. Woch., n° 12, p. 179, 18 mars 1897*).

Harnack a constaté une fréquence extrême du pouls dans l'empoisonnement aigu par le plomb chez les chats; l'empoisonnement était provoqué par l'administration dans l'estomac d'acétate ou de nitrate de plomb. La plupart des toxicologues ont noté au contraire un ralentissement du pouls. En général, dans toutes les intoxications, que les poisons soient de nature organique ou inorganique, on constate des modifications du pouls qui tiennent non au poison lui-même, mais à des circonstances accessoires; excitabilité psychique spéciale à chaque individu, état nauséeux, tendance au collapsus suivi d'un état d'excitation d'origine inflammatoire. Les poisons du cœur font seuls exception.

Dans l'intoxication aiguë par le plomb le pouls, toujours petit, est très variable au point de vue de la fréquence. L'accélération qui s'observe fréquemment au début résulte en général d'une circonstance accessoire telle que l'irritation de l'estomac et le vomissement. Après les vomissements ou dans les cas où le vomissement manque, on n'observe, comme expression de l'intoxication saturnine aiguë, que le ralentissement.

H. DE BRINON.

Digitized by Google

RUGE. Anatomische und Klinische über den Bleisaum (Sur le liséré saturnin) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 287*).

Le liseré saturnin des gencives est causé par des dépôts brun noirâtre dans les papilles de la muqueuse. L'albuminate de plomb contenu dans le sang vient, dans la partie superficielle de la gencive, en contact avec l'hydrogène sulfuré de la bouche et se dépose dans les tissus, principalement au voisinage des capillaires, sous la forme de sulfure de plomb noir. Les réactions chimiques portant sur des portions de tissus ont démontré à l'auteur qu'il s'agit bien en effet de sulfure de plomb.

C. LUZET.

HABERDA. Empoisonnement arsenical par le vagin (*Wiener klin. Woch., 1897*).

La rareté de ces faits est telle qu'il n'en a été publié que 5. Dans le cas d'Herberda, il s'agit d'une fille de 23 ans qui s'introduisit de l'arsenic dans le vagin. Les lésions consistèrent en une inflammation intense qui ne s'était pas limitée à l'endroit où le poison avait été en contact prolongé avec les parois vaginales, car les sécrétions l'avaient diffusée à la partie inférieure du vagin et jusque dans la vulve. A la partie supérieure du vagin, les altérations étaient plus profondes et la muqueuse était le siège d'un exsudat fibrineux, feuilleté très épais.

A l'occasion de ce cas, H. a recherché si la nature des effets locaux de l'arsenic devait le faire compter parmi les poisons corrosifs. Ayant introduit des grains d'arsenic soit dans le vagin d'une chienne, soit directement dans l'intestin de 4 animaux, jamais l'examen microscopique ne lui a montré que l'arsenic dût être rangé parmi les poisons caustiques qui au niveau de leur application, amènent la mort des tissus, soit par précipitation, soit par dissolution de l'albumine des organes. Il pense que l'action de l'arsenic tient à ce que l'hyperémie causée par la paralysie vasculaire est suivie d'hémorragies et d'exsudations inflammatoires qui entraînent secondairement la mortification des tissus tromblés dans leur nutrition.

J. B.

T. CARBONE. Sur l'origine de la graisse dans les processus dégénératifs (*Arch. ital. de biol. XXVI, p. 279*).

Dans les premiers stades de la dégénérescence graisseuse, provenant d'empoisonnement par le phosphore, il y a formation de lécithine. Il y a diminution de lécithine dans les dernières phases. D'où l'hypothèse (Dastre, 1877) que la lécithine constitue l'un des termes du processus qui conduit à la production de la graisse provenant des substances albuminoïdes. Deux expériences faites sur la dégénérescence graisseuse du rein (infarctus) appuieraient également l'hypothèse que la lécithine est un terme intermédiaire dans la dégénérescence graisseuse.

DASTRE.

V. TIRELLI. Sur l'anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'empoisonnement aigu par le sublimé (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 230*).

On provoque l'empoisonnement mercuriel, chez des chiens, par injec-

Digitized by Google

tion sous-cutanée d'asparaginate ou de glycocholate de mercure, dépourvus d'action locale et très solubles. On provoque, avec injection de 3-5 milligrammes par jour, la mort en trois à vingt jours. L'auteur étudie les lésions des hémisphères, de la moelle, des ganglions, etc. Ces lésions ne sont pas caractéristiques, elles se rencontrent dans les autres intoxications communes (arsenic, phosphore, plomb). Les anomalies présentées par le système nerveux central, dans l'empoisonnement aigu peuvent, se différencier assez facilement de celles qu'on observe dans le cadavre. Quant à la part à attribuer à ces lésions, dans la production des accidents mortels, elle est considérable dans les intoxications aiguës, alors que les altérations du rein, de l'intestin, du foie, du myocarde n'auront pas eu le temps de se développer assez pour provoquer la mort par urémie, marasme ou défaut d'action cardiaque. DASTRE.

FINKELSTEIN. Dementia acuta in Folge von Gaz-pauvre-Vergiftung (*Jahrb. für Psych. u. Neurol., XV et Viertelj. f. gerichtl. Med., juill. 1897*).

Deux ouvriers réparaient un réservoir de gaz pauvre, qu'on obtient de l'air en faisant arriver de l'air sur de l'anthracite chauffé et qui se compose essentiellement d'oxyde de carbone, d'azote et d'acide carbonique. Au bout de quelques minutes, l'un d'eux tombe asphyxié mortellement, tandis qu'on retire l'autre dans un état comateux qui dure trois jours. Au bout de ce temps apparaissent des troubles mentaux qui vont croissant et bientôt on note tous les symptômes d'une démence aiguë avec stupeur, qui guérit au bout d'une quinzaine. Dans le cours de cette psychose, il survint de la parésie du facial gauche et de la diathèse urique qui rétrocédèrent graduellement en même temps que les phénomènes psychiques. Le malade n'avait aucun souvenir des 2 ou 3 heures qui ont précédé l'accident ainsi que des troubles qui ont suivi celui-ci. J. B.

I. — L.-C.-Fernand DELAGE. Des lésions gastro-intestinales dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (*Thèse de Paris, 1896*).

II. — E. MICHAEL. Ueber die Dauer der Nachweisbarkeit von Kohlenoxyd im Blute und in Blutextravasalten über lebender Individuen (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XIV, p. 36, juill. 1897*).

III. — WACHHOLZ. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Kohlenoxyd und Leuchtgasvergiftung in gerichtsarztlicher Hinsicht (*Berlin. klin. Woch., 24 août 1896*).

IV. — Max RICHTER. Zur Differentialdiagnose zwischen Kohlenunst- und Leuchtvergiftung (*Wiener klin. Woch., 1896*).

I. — Chez les chiens intoxiqués par l'oxyde de carbone, on observe constamment des lésions de la muqueuse gastro-intestinale, caractérisées par de la congestion, des hémorragies, des érosions ou des ulcérations. Les mêmes lésions se retrouvent chez les individus empoisonnés par l'oxyde de carbone ; si elles n'ont pas été signalées plus fréquemment c'est qu'on a négligé de les chercher.

Chez les chiens, l'intensité et l'étendue de ces lésions sont en rapport direct avec la rapidité de l'intoxication ; elles sont moins marquées quand

Digitized by Google

l'animal est à jeun. Dans les empoisonnements par les substances irritantes, telle que l'acide tartrique, on peut rencontrer sur la muqueuse gastro-intestinale des altérations à peu près semblables, comme forme et comme aspect, mais en différant par leur siège et leur étendue. L'examen histologique ne fournit pas de caractère anatomique suffisant pour les différencier les unes des autres. Le seul caractère qui permette de ne pas les confondre consiste en ce que les lésions par substances irritantes semblent presque toujours localisées à l'estomac et vont en descendant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du pylore, tandis que celles produites par l'absorption de l'oxyde de carbone siègent indifféremment sur quelques-uns des points de l'estomac et de l'intestin et ne diminuent pas d'intensité à partir de l'estomac.

Quant à la pathogénie de ces lésions, l'hypothèse la plus vraisemblable est que l'oxyde de carbone n'est pas seulement toxique pour les globules sanguins mais aussi pour les autres éléments anatomiques et en particulier pour les cellules épithéliales de la muqueuse gastro-intestinale.

II. — Les assertions des médecins légistes sont très divergentes en ce qui concerne la durée du temps pendant lequel on peut constater dans le sang la présence de l'oxyde de carbone chez les individus qui ont survécu à l'intoxication. Pour élucider ce point, Michel a institué des expériences sur des lapins et des chats d'où il résulte que la durée maxima du temps pendant lequel la constatation de l'oxyde de carbone est possible, tant dans le sang que dans les muscles, ne varie que dans les étroites limites comprises entre 16 et 41 minutes.

Dans les extravasats sanguins, on peut les déceler jusqu'au cinquième jour. En tenant compte de l'activité des échanges respiratoires, beaucoup plus grande chez l'animal que chez l'homme, Michel estime que chez ce dernier il est impossible de retrouver l'oxyde de carbone dans le sang après un petit nombre d'heures de respiration dans une atmosphère non intoxiquée.

III. — Wachholz a fait des expériences sur le gaz d'éclairage et l'oxyde de carbone pur, desquelles il infère que la méthémoglobine constitue un réactif sensible pour l'empoisonnement par le gaz d'éclairage. Quand on fait arriver du gaz d'éclairage dans une solution neutre ou faiblement acide, colorée en jaune, de méthémoglobine, celle-ci devient d'un rouge intense et la bande d'absorption dans la partie rouge du spectre disparaît pour faire place à une large bande, mal délimitée, dans le vert, laquelle se dédouble en deux par addition de sulfure d'ammonium. Si, au contraire, c'est de l'oxyde de carbone qu'on fait affluer dans la solution de méthémoglobine, il n'y a de modification ni dans sa teinte ni dans les raies spectroscopiques. Le gaz d'éclairage, qui a circulé à travers une couche de terre de quatre mètres d'épaisseur, rougit encore la solution de méthémoglobine, alors qu'il a presque complètement perdu son odeur caractéristique. W. conclut de ses expériences que la teinte rouge de la méthémoglobine n'est pas due à l'oxyde de carbone qui entre dans la constitution du gaz d'éclairage et espère avoir trouvé là un élément de diagnostic entre les deux empoisonnements, en admettant que les vapeurs de charbon se comportent à cet égard comme l'oxyde de carbone pur.

Le sang prélevé sur le cadavre est convenablement dilué et additionné de prussiate rouge de potasse jusqu'à disparition des deux raies spec-

Digitized by Google

trales de l'hémoglobine oxycarbonée. Si la solution de sang reste rouge et que suivant son degré de concentration et la proportion de gaz d'éclairage, elle présente au spectre la raie de la méthémoglobine, une bande d'absorption semblable à celle de l'hémoglobine réduite, ou une complète absorption des rayons du jaune au violet, on se trouve en présence d'un empoisonnement dû au gaz et non aux vapeurs de charbon.

IV. — Avant même les expériences de Wachholz, qu'il critique, Richter en avait déjà fait de semblables dans 3 cas d'empoisonnement par le gaz et 4 d'empoisonnement par les vapeurs de charbon, toujours avec un résultat négatif. Pour Richter, en effet, la modification de teinte de la solution de méthémoglobine et la modification de son spectre, après introduction de gaz d'éclairage ne sont pas dues, comme l'écrit W., aux hydrocarbures lourds de celui-ci mais au gaz cyanhydrique qu'il renferme aussi; autrement dit, elles résultent de la transformation de la méthémoglobine en cyanhématine et font défaut quand on a fait passer le gaz d'éclairage préalablement dans la potasse caustique qui le dépouille de son acide cyanhydrique. D'ailleurs, l'oxyde de carbone rougit aussi, quoique moins, les solutions de méthémoglobine. De plus, toute combustion incomplète fournit, à côté des hydrocarbures lourds, du cyanogène ; donc, théoriquement on ne peut pas s'attendre à ce que le gaz d'éclairage et les vapeurs de charbon se comportent différemment en présence d'une solution de méthémoglobine. Enfin, au point de vue pratique, l'expérience de Wachholz est encore inapplicable parce qu'en raison de l'infinie quantité de cyanogène du sang après addition de prussiate rouge, la solution brunit toujours au lieu de devenir rouge, que la victime ait été intoxiquée par le gaz d'éclairage ou par les vapeurs de charbon.

J. BEX.

THÉRAPEUTIQUE.

Paul REGNARD. La cure d'altitude (*1 vol. in-8°, avec fig. et pl., Paris, 1897*).

Le bel ouvrage que R. vient de consacrer à l'étude de la cure d'altitude, l'hypsiatrie comme il l'appelle, mérite toute l'attention des médecins et j'ajouterai des malades. Très en honneur dans les pays voisins d'Europe, elle est absolument délaissée chez nous et les rares créations de sanatorium dans notre pays sont là pour le démontrer. Nous avons cependant des montagnes qui ne le cèdent en rien à celles de la Suisse, du Tyrol comme beautés pittoresques, comme régions abritées propres à y pratiquer ce traitement. On n'y songe même pas. En montrant les heureux effets de la vie au grand air et à de grandes hauteurs, l'influence salutaire de ces résidences sur l'amélioration de constitutions délabrées, sur la transformation d'un organisme déjà fort atteint, R. aura fait œuvre médicale et sociale des plus méritoires.

Digitized by Google

La première partie de son livre est consacrée à l'étude de la climatologie des montagnes (pureté, amicrobie de l'air, température, etc...); la seconde, absolument expérimentale, résume les travaux physiologiques entrepris sur ce sujet par Muntz, Egger, Bert et par lui-même sur l'action physiologique de la dépression de l'air et l'influence salutaire de l'altitude sur les combustions organiques, la circulation, sur la nutrition tout entière.

La troisième partie, essentiellement pratique, spécialement à recommander, est une revue détaillée des principales stations d'été et d'hiver, groupées par régions, revue tout à fait indépendante mais absolument fidèle, R. ayant tenu à voir par lui-même toutes les localités et les installations qu'il décrit. De nombreuses figures (phototypies) illustrent l'ouvrage et complète les descriptions; on sent que l'auteur a vu ces pays avec l'âme du touriste, celle du médecin et du thérapeute.

A. CARTAZ.

A. LŒVY. Verdünnte Luft und Höhenklima in ihren Einfluss auf den Menschen (Action de l'altitude et de la diminution de pression sur l'homme) (*Arch. f. Physiol., p. 391, 1897*).

L'homme supporte dans une chambre pneumatique une diminution de pression descendant à 450 millimètres de mercure sans aucune modification de la respiration, tant pendant le travail que pendant le repos. Dans la montagne, au contraire, une diminution de pression plus faible (520^{mm}Hg, correspondant à une altitude de 2,800 mètres, et plus encore une pression de 485 millimètres correspondant à une altitude de 3,800 mètres) suffit pour provoquer une augmentation marquée de la valeur des échanges respiratoires, augmentation qui ne peut être mise sur le compte du refroidissement. Le séjour dans la montagne semble donc agir d'une autre façon qu'une simple diminution de pression barométrique; diminution de concentration du sang. LÉON FREDERICQ.

A. KÜNDIG. Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge bei Gesunden und Lungenkranken (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n°s 1 et 2, 1 et 15 janv. 1897*).

Les recherches de Kündig, pratiquées à Davos, confirment pour l'altitude de 1,560 mètres, les résultats obtenus par d'autres observateurs pour des altitudes moindres ou supérieures. Elles ont été faites sur 80 individus des deux sexes, dont 24 sains et 56 atteints à divers degrés de tuberculose pulmonaire. Elles montrent que le séjour dans la montagne amène immédiatement une augmentation du nombre des hématies et de la proportion d'hémoglobine du sang chez tous les sujets; qu'au début seulement, l'augmentation de l'hémoglobine est moins accusée que celle des globules rouges; qu'enfin le chiffre des hématies croît d'autant plus chez les tuberculeux que l'étendue des poumons encore apte à respirer est plus restreinte. J. B.

Digitized by Google

Arnold CHAPLIN et W. TUNNICLIFFE. The treatment of phthisis by guaiacolate of piperidine (*Brit. med. Journ., p. 136, 13 janv. 1897*).

Les résultats obtenus par les auteurs sont les suivants : Parfaite tolérance du médicament à la dose de 5 à 30 grammes par jour. Il est inoffensif pour l'estomac et peut se supporter longtemps, à l'inverse de la créosote du gaïacol. Sous son influence, les malades ont paru augmenter de force et d'appétit : les sécrétions bronchiques ont diminué. H. RENDU.

SCHRÖDEN. Ueber Husten der Phtisiken (Sur la toux des phtisiques et de l'emploi thérapeutique de la péronine) (*Therap. Monatsh., p. 5, janv. 1897*).

S. a employé contre la toux le chlorhydrate de l'éther benzylique de la morphine ou péronine ; elle agit mieux que la codéine ; administrée pendant sept jours à dose croissante (0,02, 0,03, 0,04,) dans 8 cas, elle diminua de suite la toux considérablement ; 2 fois il fallut des doses fortes, 2 fois elle échoua. Elle a peu d'influence sur l'expectoration, sur les fonctions stomacales ; elle procure un sommeil plus calme. On l'administre en solution aqueuse ou en pilules. PAUL TISSIER.

Herbert Maxon KING. A clinical study of the nucleins in tuberculosis (*Med. news, p. 660, 22 mai 1897*).

Sans être un spécifique de la tuberculose, la nucléine est un médicament de choix. Elle agit comme stimulant sur les cellules de l'organisme, augmente le nombre des globules rouges et la proportion de leur teneur en hémoglobine.

Les meilleurs effets sont obtenus par l'injection hypodermique : l'ingestion par la bouche donne des résultats incertains, et ne doit être utilisée que comme adjuvant de l'injection. Quelle que soit la voie utilisée, sous-cutanée ou gastrique, le traitement doit être poursuivi longtemps, et en l'état actuel, la médication par la nucléine a donné des résultats cliniques supérieurs à ceux obtenus avec les autres médications.

P. MAUBRAC.

Delano AMES. The nature of the leucocytosis produced by nucleinic acid (*Med. news, p. 812, 12 juin 1897*).

Avant l'administration de la nucléine, le nombre des leucocytes est sensiblement le même dans la circulation périphérique et dans la circulation centrale. Après l'injection sous la peau d'une solution de nucléine, il y a immédiatement, c'est-à-dire au bout de 5 à 10 minutes, une augmentation considérable du nombre total des leucocytes dans la circulation périphérique et centrale. Cette augmentation est surtout marquée pour les cellules monucléaires. P. MAUBRAC.

I. — Arthur COOKE. Two cases of acute lobar pneumonia treated with antipneumococcal serum (*Brit. med. Journ., p. 1278, 22 mai 1897*).

Digitized by Google

II. — J. HARNETT. A sever case of pneumonia treated with antipneumococcic serum (*Ibid., p. 1279, 22 mai 1867*).

I. — Relation de deux cas de pneumonie traités par le sérum antipneumococcique. Dans le 1er cas la maladie avait eu un début brusque et avait présenté les signes d'une pneumonie lobaire franche, avec cette particularité que la rate était volumineuse. Les injections de sérum furent suivies d'une certaine détente des symptômes, bien que la température et les signes physiques ne fussent pas modifiés. A la fin du 2e septénaire, la maladie prit les allures d'une fièvre typhoïde; toutefois l'absence de taches rosées et de la réaction de Widal donnent peu de vraisemblance à ce diagnostic.

Dans l'autre observation, l'influence du sérum n'a pas été évidente. Le sujet a guéri le 8e jour, et la défervescence a été classique.

II. — Observation de pneumonie grave chez un alcoolique obèse. Symptômes généraux de collapsus, pouls à peine perceptible, dyspnée, envahissement de la totalité du poumon gauche. Cinq injections d'antitoxine sont pratiquées, de 20 centimètres cubes chacune. Chute de la température de 5 à 6 dixièmes de degré à la suite de chaque injection. Guérison finale. L'auteur croit à l'efficacité du sérum dans ce cas. H. RENDU.

H. von WYSS. Die neuern Antipyretica (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 8, 15 avril 1897*).

Les médicaments antipyrétiques modernes appartiennent tous à la classe des composés aromatiques; ce sont des dérivés de la benzin qu'on peut répartir en 6 groupes :

1er groupe : anilides. Il comprend : 1° l'acétanilide ou antifébrine dont les propriétés sont bien connues; 2° la benzanilide, prescrite aux doses de 20 à 50 centigrammes, agit de même, mais est moins toxique que l'acétanilide ; 3° l'exalgine ou méthylacétanilide, employée aux doses de 20 à 40 centigrammes est un antinévralgique ; 4° la formanilide qui est usitée aux doses de 15 à 25 centigrammes.

2e groupe : phénétidines. 1° La phénacétine ou acétiparaphénétidine ; aux doses de 75 centigrammes à 1 gramme, c'est un agent puissant contre la fièvre et contre les douleurs névralgiques ou rhumatismales ; il n'occasionne pas de collapsus. Les effets toxiques sont analogues à ceux de l'acétanilide, mais l'action narcotique est plus accusée ; 2° le phénocolle ou amidacétiparaphénétidine qu'on prescrit aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme est moins antipyrétique que la précédente, et en revanche souvent meilleur analgésique ; il détermine des sueurs abondantes ; 3° le salocolle ou salicylate de phénocolle ; 4° l'amygdophénine ; 5° la lactophénine ou paralactylphénétidine est usitée aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme, plutôt comme antirhumatismal et antinévralgique que comme antipyrétique ; 6° la malacine ou phénétidine salicylaldéhyde se dédouble dans l'estomac en phénétidine et aldéhyde salicylique serait un antirhumatismal spécifique sans effets secondaires dissociables ; 7° l'apolydine ou citrate de monophénétidine, aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme, est un antipyrétique et un sédatif puissant ; 8° le citrophène ou citrate de triphénétidine est un antipyrétique énergique, mais qui n'est pas sans danger à cause de sa richesse en phénétidine et de la facile décomposition du paramidophénol ; 9° la triphénine

Digitized by Google

ou propionate de phénétidine. Il résulte des expériences de Hensbery et Treupel que l'action antipyrétique des substances de ce groupe est liée étroitement à un dédoublement de leur paramidophénol, de sorte que celles qui traversent le corps sans se décomposer sont complètement inertes.

3e groupe : dérivés de l'acide salicylique. 1° Le salol ou éther phénylique de l'acide salicylique ; 2° le salophène ou acétoparamidosalol moins toxique que le salol ; 3° la salicylamide aux doses de 15 à 25 centigrammes, serait un analgésique plus efficace que l'acide salicylique ; 4° le salacétol ou éther acétolsalicylique est à la fois un antirhumatismal et un antiseptique intestinal non toxique.

4e groupe : uréthanes. Ce sont les éthers d'un acide hypothétique, le carbamique, intermédiaire entre l'acide carbonique et son amide, l'urée. L'éthyluréthane ordinaire possède de remarquables propriétés hypnotiques : 1° l'euphorine ou phényluréthane est antifébrile et analgésique aux doses de 50 centigrammes à 2 grammes ; 2° la thermodine ou acétylaethoxylphényluréthane, aux doses de 30 à 50 centigrammes est plus antipyrétique et moins antinévralgique que la précédente ; 3° la neurodine ou acétyloxylphényluréthane, à la dose de 1 gramme, est un antinévralgique.

5e groupe : dérivés de l'hydrazine. Ne sont mentionnés ici que pour prévenir leur emploi. La substance mère, la phénylhydrazine est un agent réducteur et un poison sanguin très énergique, décomposant le sang presque instantanément. La substitution partielle des atomes d'hydrogène de la phénylhydrasine ne lui enlève pas complètement toute sa toxicité. Seule l'agathine n'est pas toxique. 1° La pyrodine ou acétylphénylhydrazine ; 2° l'antithermine phénylhydrazinelévulique ; 3° l'agathine ou salicylaldéhydméthylphénylhydrazone.

6e groupe : dérivés de la pyrazolone. Le représentant le plus important de ce groupe est l'antipyrine. 1° Phényldiméthylpyrazolone ; 2° la salipyrine ou salicylate d'antipyrine ; 3° la tolypyrine ou tolyldiméthylpyrazolone est un antipyrétique actif, de saveur amère et déterminant parfois des nausées et des vomissements ; 4° le tolysal ou salicylate de tolypyrine serait un antirhumatismal puissant, utile pour un emploi prolongé ; 5° enfin Filehne a décrit tout dernièrement la pyramidone ou diméthylphénylamidopyrazolone qui, à doses 3 fois plus faibles, aurait la même action que l'antipyrine.

7e groupe : dérivés de la quinoline. De cet homologue de la pyridine, on a tiré jadis : 1° la kairine, actuellement abandonnée à cause de ses effets secondaires désagréables ; 2° l'analgène ou orthoacéthoxymonobenzoylamidoquinoline qui est antipyrétique et analgésique aux doses de 50 centigrammes ; 3° la thalline ou tétrahydroparaquinanisol est à la fois antipyrétique et antiseptique. J. B.

A. BARBERA. Influence des clystères sur l'élimination de la bile et sur la sécrétion du suc gastrique ; signification physiologique de la bile (*Arch. ital. de biol., XXVI, p. 253*).

Les lavements de graisses, hydrates de carbone, eau, n'ont pas modifié l'élimination de la bile, tandis que les albuminoïdes l'ont fait augmenter,

Digitized by Google

faiblement, 3 à 6 heures après. L'augmentation aurait été proportionnelle à l'augmentation correspondante de l'urée et de l'excrétion d'azote. Dans aucun cas il n'y eut augmentation de suc gastrique ni de salive. L'auteur considère la bile comme le produit de la désassimilation des cellules hépatiques, simple hypothèse difficile à concilier avec l'origine connue des pigments biliaires. DASTRE.

DEUCHER. Ueber die Resorption des Fettes (Résorption de la graisse par les lavements) (*Deut. Archiv f. klin Med., LVIII, p. 210*).

La résorption de la graisse par les lavements a des limites étroites ; dans les meilleures conditions possibles, elle ne peut dépasser 20 grammes en un clystère ou 10 grammes par jour. La graisse doit être donnée sous forme d'émulsion, chauffée à 38°-40°, l'intestin étant vide ; il faut aussi que le dosage soit modéré et que le lavement soit laissé longtemps dans l'intestin et soit additionné de 6 0/00 de sel marin. C. LUZET.

F. HIRSCHFELD. Ueber die Anwendung..... (L'exercice musculaire dans le traitement des cardiopathies) (*Deutsche med. Woch., n° 7, p. 100, 11 fév. 1897*).

Tout effort entraîne pour le cœur un état de distension plus fort qu'à l'état de repos, ainsi s'expliquent les affections cardiaques dues au surmenage. La preuve de cette distension est fournie par la percussion et dans quelques cas par une modification des bruits, en particulier du deuxième bruit pulmonaire qui devient plus fort. C'est surtout dans l'hypertrophie cardiaque par le fait de suralimentation ou dans les névroses cardiaques qu'on a conseillé jusqu'ici les exercices musculaires. Dans la première catégorie, on n'a pas tenu assez compte de l'amélioration que l'on pouvait obtenir par la simple diète, en restreignant la nourriture au-dessous du nécessaire, on combat la cause même de la maladie et on obtient une amélioration que le régime lacté lui-même ne donne qu'à la condition de réduire la dose de lait à 1 litre en 24 heures. Pour le traitement des lésions cardiaques comme pour la prophylaxie chez les personnes saines, il est nécessaire de soumettre régulièrement le cœur au surcroît de travail que donne un exercice méthodique et journalier, mais ce surcroît de travail doit être mesuré et graduel, suivant le degré de résistance du cœur ; et cela est surtout important chez les sujets obèses. H. DE BRINON.

NORTHRUP, O'DWYER, HOLT et ADAMS. The american pediatric Society's report on the collective investigation of the antitoxin treatment of laryngeal diphteria in private practice (*J. of Americ. Ass., 13 mai 1897*).

Six mille circulaires furent envoyées à des médecins des États-Unis et du Canada, l'enquête devait comprendre les onze mois antérieurs au 1er avril 1897. Le nombre de cas signalés fut de 1704 avec une mortalité de 21,12 0/0 (360 décès) ; le nombre des médecins ayant répondu aux questions posées étant de 422. L'intubation fut pratiquée dans 637 cas avec une mortalité de 26,05 00/00 (166 décès) et la

Digitized by Google

trachéotomie dans 20 cas avec 9 morts, soit 45/00 ; l'intubation avec trachéotomie fut instituée 11 fois avec une mortalité de 63,63 0/0 (7 décès). Le nombre des cas de diphtérie du larynx ayant nécessité une intervention fut de 668, ce qui est le 39,21 0/0 de la totalité des cas (1,704)soumis à l'investigation avec une mortalité de 27,24 0/0 (182 décès). Les cas non opérés s'élevèrent à 1,036, ce qui est le 60,79 0/0 de la totalité des cas avec une mortalité de 17,18 0/0 (178 décès). Les membres du comité d'hygiène chargés du rapport estiment que le 0/0 de la mortalité est fort élevé lorsque l'on emploie trop tard l'antitoxine, soit parce que les médecins ne sont point encore assez persuadés de son efficacité, soit parce que la famille du patient s'oppose à son emploi. CART.

I. — L. MASSOL. Rapport au Conseil administratif sur les travaux du Laboratoire municipal de bactériologie et de sérothérapie de la ville de Genève, pendant l'année 1896 (*Genève, 1897, et Revue méd. Suisse romande, p. 400, mai 1897*).

II. — DE CÉRENVILLE. Résultats du traitement de la diphtérie à l'hôpital Caulmet de Lausanne (*Ibid., p. 317, avril 1897*).

III. — F. SUTER. Weitere Erfahrungen über das Diphtherie-Heilserum (*Corresp.-Blatt. f. schweiz Aerzte, n° 6, p. 175, 15 mars 1897*).

I. — En 1896, le laboratoire municipal de Genève a fourni du sérum curatif pour 176 diphtéritiques, dont 19 seulement ont succombé, ce qui représente une mortalité de 10,78 0/0, résultat satisfaisant pour une année où la diphtérie a été généralement grave.

II. — Avant la sérothérapie, la mortalité diphtéritique à l'hôpital Caulmet, de Lausanne, a été, en 1893, de 26 sur 55 cas et en 1894 de 23 sur 76. Depuis le nouveau traitement, elle s'est réduite, en 1894 (à partir du 1er novembre) à 1 sur 14 ; en 1895, à 1 sur 30 ; en 1896, à 8 sur 55 cas; ce qui donne une moyenne de 13,7 0/0.

III. — Immermann a traité en 1896, à l'hôpital bourgeois de Bâle, 55 cas d'angine diphtéritique et 83 cas de croup. 15 des croups ont succombé, dont 4 sans opération ; 46 ont été opérés (11 tubés et 35 trachéotomisés), dont 11, soit 24 0/0, sont morts. La moyenne de mortalité du croup, de 1890 à 1894, dans le même hôpital était de 61 0/0.

Parmi les 35 opérés guéris, 8 ont eu un exanthème dû au sérum.

11 cas de diphtérie étaient compliqués d'autres maladies infectieuses ; 1 cas associé à la scarlatine a été tubé, puis trachéotomisé, et a guéri. 10 fois il y avait coexistence de rougeole ; chez 8, celle-ci était l'affection primitive. Des 7 malades qui ont été trachéotomisés, 5 ont succombé.

J. B.

Ern. STEELE. A case of typhoid fever treated with antityphoid serum, recovery (*Brit. med. Journ., p. 970, 17 avril 1997*).

Infirmière de 29 ans, ayant contracté par contagion une fièvre typhoïde sévère. Cinq jours après l'invasion des symptômes infectieux, injection d'une première dose de 10 centimètres cubes de sérum antityphoïde. Quatre autres doses semblables sont injectées tous les deux jours; la malade guérit dans les délais réglementaires.

Digitized by Google

Ce cas n'est évidemment pas concluant : pourtant l'auteur fait remarquer l'amélioration de l'apparence générale de la malade dès la première injection. Après chaque injection se produisait un soulagement instantané de la céphalée, qui était le symptôme le plus pénible, ainsi que des douleurs des jambes. La température baissait également de quelques dixièmes de degré.

Le seul inconvénient du sérum fut une éruption d'urticaire. H. RENDU.

A. WRIGHT et D. SEMPLE. Remarks on vaccination against typhoid fever (*Brit. med. Journ., p. 256, 30 janv. 1897*).

Le principe de la vaccination contre la fièvre typhoïde repose sur l'inoculation d'une certaine quantité de microorganismes encore toxiques, mais morts, d'après la méthode de Haffkine, pour les vaccinations cholériques. Le vaccin antityphique se prépare de la façon suivante. Des cultures de bacille d'Eberth, chauffées à 39° pendant 24 heures, sont émulsionnées par l'addition de quantités déterminées de bouillon stérile, isolées dans des tubes stérilisés et fermés à la lampe. Elles doivent rester parfaitement stériles quand on en met une goutte sur l'agar.

A petites doses (1/20 d'un tube vaccinal), les symptômes se bornent à un peu de sensibilité locale et un peu de fièvre et d'insomnie. A plus forte dose, il se fait une réaction locale inflammatoire et souvent un peu de lymphangite. Les malades sont défaillants, dans un état de collapsus et de nausées, ils ont de la fièvre pendant 36 ou 48 heures.

On vérifie l'effet de la vaccination en examinant le sérum par la méthode de Pfeiffer et Kolle, et en recherchant la réaction agglutinative sur les cultures d'Eberth. Si elle est positive, il est bien probable que l'immunisation est obtenue. H. R.

Frank POPE. Four cases of enteric fever treated with antitoxin serum (*Brit. med. Journ., p. 259, 30 janv. 1897*).

Relation de 4 cas de fièvre typhoïde, dont 2 particulièrement sérieux, où les injections sous-cutanées de sérum antitoxique (préparées par J. Bokerham et fournies chez Burroughs et Wellcome) semblèrent suivies d'un abaissement de la température et du pouls, ainsi que de la diminution des phénomènes abdominaux. Néanmoins, comme le dit l'auteur, ces observations ne sont pas concluantes, à cause de la période relativement tardive où ces injections ont été pratiquées, car l'évolution de la fièvre a pu n'être pas sensiblement modifiée. Ce ne sont que des faits cliniques qui attendent leur confirmation. H. RENDU.

David OWEN. Thymus feading in exophtalmic goitre (*Brit. med. Journ., p. 1027, 10 oct. 1896*).

Owen rappelle et complète une observation de goitre exophtalmique très amélioré par l'injection de thymus ; et il ajoute une seconde observation du même genre.

Jeune homme atteint de palpitations et de goitre exophtalmique depuis l'été de 1894. Amaigrissement, tachycardie (133 pulsations), énorme hypertrophie du corps thyroïde ; souffre de dilatation cardiaque. Le malade est alimenté

Digitized by Google

avec deux onces de thymus cru : sous cette influence le pouls tombe à 120, le tremblement disparaît et l'agitation cesse, enfin le corps thyroïde diminue sensiblement de volume. Guérison presque complète en un an.

Une troisième malade, atteinte d'une forme grave de la maladie de Basedow, fut soumise à cette médication et en moins d'un mois éprouva une amélioration considérable. H. RENDU.

SOLIS-COHEN. The treatment of exophthalmic goitre and other vasomotor ataxies with preparations of the thymus gland and of the adrenals (*Journ. Amer. med. Assoc., 10 juill. 1897*).

D'après les observations cliniques de S.-C., l'extrait de thymus, dans le cas de goitre exophtalmique, améliore la nutrition, mitige les troubles nerveux, réduit le goitre et l'exophtalmie, modère les battements cardiaques et restaure le tonus vasculaire, tandis que l'extrait des capsules surrénales semble avoir une influence plus spéciale sur la circulation, ses effets sur la glande thyroïde et sur les symptômes oculaires étant moins marqués. Du reste, ni l'une ni l'autre de ces préparations n'a d'action sur le principe fondamental inconnu de la maladie de Basedow.

CART.

DIEBALLA et v. ILLYÉS. Stoffwechseluntersuchungen an Brightikern unter Schildrüseneinwirkung (Échanges nutritifs chez les brightiques sous l'influence du corps thyroïde) (*Archiv f. exper. Path. u. Pharm., XXXIX*).

Chez les brightiques soumis au traitement thyroïdien (tablettes) survient une augmentation de la diurèse et de l'élimination azotée, en même temps que diminue la quantité d'albumine ; après la cessation des tablettes, les choses restent en l'état pendant 4 à 5 jours, puis reviennent bientôt à l'état normal.

Quant à ce qui concerne le rapport de la globuline à la sérine, il reste à peu près semblable. L'augmentation de l'azote tient à l'augmentation de la destruction moléculaire de l'albumine ; diminution parallèle du poids du corps. L'augmentation de la quantité d'urine tient à deux causes : 1° à l'eau rendue libre pendant la destruction de la molécule d'albumine ; 2° à la résorption des exsudats ; peut-être faut-il attribuer un certain rôle à l'action diurétique de l'urée. La diminution de l'albumine tient au traitement thyroïdien et non à l'alimentation ; et l'action du traitement thyroïdien se résume sans doute dans l'augmentation de l'azote urinaire. L'albumine du plasma supplée à l'albumine des tissus sur laquelle le traitement thyroïdien agit énergiquement. PAUL TISSIER.

LENNÉ. Sur le traitement du diabète sucré (*Therap. Monatsh., p. 244, mai 1897*).

L. insiste surtout sur l'usage des aliments azotés et des légumes. On donne, en général, trop d'albuminoïdes aux diabétiques dont les besoins ne dépassent pas ceux de l'homme sain : 1 à 1,50 par kilogramme. On obtient de bons résultats en ne dépassant pas cette dose chez les diabétiques. Tel malade chez lequel on n'obtient pas la disparition du sucre des urines même par une diète sévère au point de vue des hydrates de car-

Digitized by Google

bone, perd son sucre urinaire dès que l'on diminue la quantité d'albumine ingérée.

Mais alors comment fournir au malade rationné au point de vue des hydrates de carbone et des albuminoïdes le nombre suffisant de calories? En administrant des graisses à hautes doses. Elles sont bien supportées surtout si on les associe aux légumes. PAUL TISSIER.

Alex. ROBERSON. Case of diabetes insipidus : treatment by electrisation of the medulla oblongata; recovery (*Brit. med. Journ., p. 1220, 10 oct. 1896*).

Polyurie datant de six mois et accompagnée de polydipsie chez un homme de 33 ans. Urines blanches, peu denses (1003), sans trace de sucre ou d'albumine: quantité, 250 onces par jours. Simultanément, troubles nerveux indiquant l'origine bulbaire; paralysie faciale droite, accompagnée d'une hémiplégie incomplète des membres gauches, glossoplégie temporaire et difficulté d'articuler les mots, bouffées congestives unilatérales de la face, douleur occipitale.

Insuccès du traitement ioduré et mercuriel. Amélioration rapide par une application de courants continus de la nuque à la face, tous les deux jours pendant six à sept semaines. Nouvelles rechutes d'ordre purement fonctionnel, à deux reprises différentes, suivies d'une guérison définitive.

H. RENDU.

I. — MUNSON. Influence of diet, in a case of diabetes mellitus, upon the abnormal constituents of urine and upon the general condition of the patient (*Journ. Amer. med. Assoc., 8 mai 1897*).

III. — Le même. On the treatment of diabetes mellitus by a diet from which all carbohydrates have been excluded (*Ibid., 15 mai 1897*).

III. — Le même. The source of sugar in diabetes mellitus with a theory as to its excretion unchanged in the urine (*Ibid., 22 mai 1897*).

IV. — Le même. Diabetic coma and the treatment of diabetes mellitus (*Ibid., 5 juin 1897*).

I. — D'une minutieuse étude urologique de ce cas relatif à un homme de 33 ans émettant journellement 8 à 9 litres d'urine renfermant 920 grammes de sucre, il résulte que le régime alimentaire avec exclusion stricte des hydrocarbures eut une influence réelle sur le taux d'émission du sucre, mais conduisit le malade en peu de mois à une grave dyspepsie avec troubles nerveux si violents que le retour au régime mixte fut nettement indiqué. Le malade mourut dans le coma; pas d'autopsie. M. pense que la diminution dans le taux d'émission du sucre, au cours de l'alimentation exclusivement protéide, se fit aux dépens de la santé générale et du bien-être du patient et fut accompagnée par l'apparition et l'augmentation progressive de certains constituants anormaux de l'urine ayant une signification clinique autrement grave que la présence du sucre lui-même.

II. — Longue étude et rappel des innombrables travaux faits sur l'étiologie du diabète, pouvant se résumer dans les propositions suivantes : le sucre est toujours présent dans le sang; l'exclusion des hydrocarbures

Digitized by Google

de la diététique ne provoque pas la disparition du sucre du sang, donc le sucre doit avoir une autre source que les hydrocarbures ingérés ; l'autre source de production du sucre est l'albumine ingérée et organique par suite de processus de décomposition.

III. — Admettant les données de Cohnheim, M. pense que dans le diabète cet équilibre est troublé et que la décomposition de l'albumine est augmentée tandis que la capacité du système brûlant le sucre que produit cette décomposition est considérablement diminuée. Il en arrive de plus à cette conclusion personnelle que le sucre ainsi produit de protéides par l'activité cellulaire est un isomère du glycose ordinaire s'en distinguant par ce fait qu'il est moins rapidement oxydé dans le système et qu'il n'est pas promptement déshydraté par les cellules hépatiques en glycogène.

Les propositions qui terminent ce long travail sont les suivantes : le sucre apparaît dans l'urine au cours de l'état de santé après l'ingestion exagérée d'hydrocarbures simplement parce que le pouvoir des cellules hépatiques de convertir une quantité définie de sucre en glycogène dans un temps donné est excédé ; le sucre apparaît dans l'urine des diabétiques parce que le système produit plus de sucre par la décomposition de l'albumine qu'il n'en peut oxyder complètement, ce sucre n'étant pas mis en réserve comme glycogène par le foie et étant moins rapidement oxydé par l'organisme diabétique que le sucre provenant des hydrocarbures ; le sucre disparaît de l'urine si les cas de diabète modérés sont soumis à la diète protéide parce qu'une exclusion de tous les hydrocarbures de la diététique force le système à brûler le sucre-albuminoïde isomère pour assurer le maintien nécessaire de chaleur et d'énergie ; le sucre apparaît subséquemment dans l'urine sous ce traitement parce que, avec les progrès de l'affection, il est produit en quantités trop abondantes pour être complètement oxydé et parce que le diabétique n'est pas capable de mettre en réserve son sucre sous forme de glycogène.

IV. — Le seul traitement ayant pu jusqu'ici tirer les diabétiques du coma furent les injections intraveineuses d'une solution bicarbonatée à 30 0/0 et encore, les malades après avoir recouvré l'usage de leurs facultés mentales pendant quelques heures, sont ensuite retombés dans le coma final. M. estime que l'exclusion des hydrocarbures de la diététique est un des facteurs les plus actifs des symptômes cérébraux dont l'expression clinique est le coma mortel. CART.

Alex. HAIG. Some effets of diet on the excretion of uric acid (*Brit. med. Journ., p. 915, 3 oct. 1896*).

Haig a montré, en 1892, que l'acide urique contenu dans les aliments, loin d'être transformé en urée comme on le croyait, est directement absorbé et passe sans modification dans le sang et les tissus. La conséquence est que le régime agit d'une façon très active sur l'accumulation ou l'excrétion de l'acide urique. Il met sous les yeux 4 graphiques, représentant l'excrétion comparée de l'acide urique et de l'urée chez un animal soumis aux régimes suivants :

1° Viande, poisson, œufs : alimentation fortement azotée, thé et café.

Digitized by Google

La proportion d'acide urique à l'urée est de 1 à 24 et il passe par jour de 3 à 5 grammes d'acide urique dans le sang;

2° Poisson, œufs, peu de viande, pas de thé, ni de café. La proportion de l'acide urique à l'urée est de 1/29. L'introduction quotidienne de l'acide urique varie de 2 à 4 grammes;

3° Pas de poisson ni de viande, lait et fromage. L'acide urique n'est plus en proportion que de 1 à 36. La quantité maximum qui traverse le sang par jour n'est plus que de 1 gramme.

On peut donc, à volonté, diminuer l'apport de l'acide urique dans l'économie. Quand on veut activer l'élimination de celui qui est en dépôt dans les tissus, certains agents thérapeutiques, comme le salicylate de soude et la pipérazine, sont très puissants. Le quatrième tableau montre une excrétion de 7 grammes par jour d'acide urique sous cette influence.

H. RENDU.

William ARMSTRONG. The value of an exclusively meat diet in certain cases of chronic gout (*Brit. med. Journ., p. 1994, 1er mai 1897*).

L'auteur affirme se trouver bien, chez les goutteux chroniques et chez les calculeux, d'un régime de viande rouge et d'eau chaude. Il considère que c'est le mélange de l'aliment azoté avec les carbohydrates et le sucre qui causent la formation excessive de l'acide urique: seule, la viande ne donne pas lieu à cet inconvénient. Il nourrit ses malades avec 2 ou 3 livres de viande et 4 pintes d'eau chaude, en proscrivant absolument les farineux, le sucre et tous les agents fermentescibles. Sous cette influence, la graisse se résorbe vite, et les poussées articulaires s'amendent remarquablement: les troubles digestifs disparaissent et l'activité cérébrale est augmentée.

H. RENDU.

G. H. LEMOINE. Applications locales de salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme (*Soc. méd. des hôp., 7 mai 1897*).

Lemoine a employé chez 9 malades (6 rhumatismes articulaires aigus fébriles, 1 rhumatisme fibreux, 1 rhumatisme post-ourlien, 1 sciatique), des applications locales d'essence de Wintergreen; une tarlatane était imbibée de 12 grammes, appliquée mouillée, et recouverte de toile imperméable et d'une bande pour fermer le pansement hermétiquement; les douleurs ont été atténuées rapidement, puis disparurent en quelques jours.

Siredey rapporte 11 observations qui prouvent également que l'application du salicylate de méthyle réussit aussi bien que l'ingestion du salicylate de soude; il n'emploie pas plus de 4 à 5 grammes et souvent se borne à 30 ou 40 gouttes. Il préconise ce traitement surtout pour les formes chroniques, localisées.

H. L.

L. GALLIARD. Le salophène dans le traitement du rhumatisme articulaire (*Presse méd., n° 56, 1897*).

C'est surtout dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on doit étudier

Digitized by Google

l'efficacité du salophène. Ce médicament est susceptible de supprimer la douleur, de combattre la tuméfaction, de faire disparaître l'état fébrile, de conjurer les déterminations viscérales.

Il faut l'administrer d'emblée à la dose de 6 grammes chez l'adulte, par prises de 1 gramme, dans du pain azyme.

Le salophène est généralement bien supporté : pas de malaises, pas de nausées, pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles. Dans un seul cas, Galliard l'a vu entretenir l'agitation qu'avait suscitée le salicylate de soude précédemment prescrit.

Galliard n'a pas observé, avec le salophène, les résultats *merveilleux* que fournit parfois, dans le rhumatisme aigu, le salicylate de soude. Ce dernier remède est, à dose égale, plus rapidement efficace.

Quelques résultats assez bons dans le rhumatisme subaigu. Chez deux malades atteints de rhumatisme polyarticulaire blennorragique, Galliard n'a obtenu qu'une lente amélioration. L. G.

St. KLEIN. Einige Bemerkungen zur Therapie..... (Quelques considérations sur le traitement de la chlorose) (*Therap. Monats.*, *n° 4, p. 193*).

Le succès dans le traitement de la chlorose dépend surtout de l'idée qu'on se fait de la nature de la maladie. Il ne faut accepter comme preuve de guérison ni le sentiment subjectif de mieux éprouvé par les malades, ni même le retour des couleurs ou l'augmentation de poids, mais bien seulement la teneur du sang en hémoglobine ou son poids spécifique. Si l'on se borne à attendre la disparition des souffles cardio-vasculaires et qu'on s'en tienne là, il y a beaucoup de chances de rechute. Or, on peut amener la teneur en hémoglobine à un chiffre normal. Le fer est le spécifique. Peu importe la nature de la préparation. Il faut surtout tenir compte de la dose. Il suffit, en moyenne, d'une dose quotidienne de 0,45 exprimée en fer.

L'alimentation joue un rôle secondaire dans la cure de la chlorose. Le repos absolu, même dans les cas graves, pas plus que l'exercice ne joue un grand rôle. On peut guérir, même d'une chlorose grave, en ayant un travail pénible. L'exercice modéré à l'air ou à la lumière est cependant utile dans de nombreux cas. PAUL TISSIER.

HARRISSON. On the treatment of some forms of albuminuria by renipuncture (*Med. Record, 7 nov. 1896*).

Dans quelques cas de sa pratique, H. ayant été amené à pratiquer une incision lombaire permettant l'examen digitale du rein, a rencontré, au lieu de la tumeur maligne ou du gros calcul soupçonnés, un rein en hypertension qu'il a alors ponctionné. Les malades albuminuriques ayant tiré un grand bénéfice clinique de la déplétion sanguine ainsi pratiquée, H. en a conclu que dans certaines formes d'albuminurie ce traitement chirurgical pouvait être délibérément institué. Le rein sera mis à découvert par une incision lombaire. Si, conjointement avec la présence d'albumine dans l'urine, le rein est trouvé en hypertension, trois ou quatre ponctions seraient faites à travers la capsule dans des directions variées et

Digitized by Google

même si l'hypertension est extrême, une incision limitée de la partie corticale sera indiquée. Les pansements consécutifs seront faits de manière à éviter le libre écoulement du sang, d'urine, ou de tout autre produit exsudatif par la plaie opératoire. CART.

BOSC et VEDEL. Traitement des dysenteries graves par les injections intraveineuses d'eau salée (*Presse méd.*, *n° 51, p. 288, 1897*).

Les injections intraveineuses massives de solution salée à 7 pour 1000 constituent un traitement énergique des dysenteries graves. Ces injections doivent être relativement précoces et répétées, de façon à pouvoir développer des réactions générales soutenues et une modification de l'état général capables de conduire à la guérison. Les auteurs ont obtenu 3 guérisons chez 3 malades pour lesquels il a été possible de suivre les indications essentielles, tandis que chez un quatrième, traité en pleine période agonique, les injections ont pu amener des améliorations notables de l'état général et prolonger la vie, mais la mort n'a pu être empêchée du fait des lésions déjà irréparables de l'intestin. Il n'y a pas de contre-indications à l'emploi des injections intraveineuses dans la dysenterie, mais on devra être réservé sur la quantité et surtout la vitesse de la solution injectée, sachant que l'injection trop massive est ici dangereuse. Les auteurs ont injecté chaque fois une quantité de liquide variant de 100 c. cubes à 1800 c. cubes, avec une vitesse allant de 50 à 100 c. cubes par minute. F. BALZER.

B. OPPLER. Ueber Nährpræparate..... (Sur les préparations alimentaires destinées à remplacer la viande, et plus particulièrement sur la nutrose) (*Therap. Monats.*, *p. 201, avril 1897*).

La nutrose est obtenue par l'action de la soude sur la caséine du lait. Elle est indiquée lorsque l'on veut éviter la présence du sucre de lait et la graisse du lait et aussi lorsqu'on veut éviter de donner une trop grande quantité de liquide ; ajoutons que parfois le lait inspire un dégoût insurmontable ou qu'il est mal supporté (diarrhée). La nutrose se présente sous l'aspect d'une poudre blanche sans goût marqué, à odeur légèrement alcoolique. Elle se conserve sans fermenter. Elle réagit faiblement en acide sur la phtaléine du phénol. Elle est facilement soluble; son prix est modique. Elle ne trouble pas les fonctions gastro-intestinales et n'altère pas l'appétit même à fortes doses.

Elle est indiquée dans de nombreuses affections et plus spécialement dans celles du tube digestif : dyspepsie, sténoses pyloriques, ulcère, cancer, etc. PAUL TISSIER.

R. LÉPINE. Sur la valeur clinique du pyramidone (*Lyon méd.*, *13 juin 1897*).

L. a essayé ce produit chez une vingtaine de malades sans observer d'inconvénient, bien qu'il l'ait donné (pour des douleurs fulgurantes tabétiques) jusqu'à la dose de 3 grammes par jour. Chez les malades nerveux, à la dose de 0,25 répétée 4 à 5 fois par jour, on arrive à calmer les douleurs sans fatiguer l'estomac.

Digitized by Google

L. a employé le pyramidone dans la fièvre typhoïde comme antithermique, et il y a eu, après son administration, un abaissement marqué de la température. C'est un médicament surtout analgésique. A. CARTAZ.

Charles LEGENDRE. Sur le pyramidone : étude expérimentale et thérapeutique (*Thèse de Paris, 1897*).

Le pyramidone est un bon succédané de l'antipyrine ; il s'élimine vite et doit être administré à petites doses fréquemment répétées. C'est un médicament sans danger ; les doses thérapeutiques varient entre 50 centigrammes et 2 grammes.

Il paraît surtout agir avec succès dans les céphalalgies, les névralgies rhumatismales, la sciatique ; il a une action très marquée sur la température, mais il provoque des crises sudorales intenses. Contrairement à Filehne, L. n'a pas remarqué d'action sensible sur la tension artérielle. 24 observations prises dans le service de Huchard. A. CARTAZ.

SCHILLING. Morbus Addisonii und Organtherapie (*Münch. med. Woch., p. 170, 16 fév. 1897*).

L'auteur rapporte un cas chez un garçon de 14 ans, où la maladie d'Addison, traitée par l'injection de glande subit, un temps d'arrêt et de guérison relative, mais se termina néanmoins par la mort. A l'autopsie, les deux capsules surrénales étaient entièrement détruites. Dans ce cas, l'administration de la glande n'eut aucune action nocive, ce qui justifierait de nouvelles recherches. C. LUZET.

Hugo KLEIST. Iodvasogen innerlich gegen Arterioskleriose (*Berlin. klin. Woch., p. 194, 1er mars 1897*).

Comme succédané de l'iodure de potassium et de la teinture d'iode dans leur emploi interne, Kleist préconise la solution d'iode dans les carbures d'hydrogène imprégnés d'oxygène, ou iode vasogène.

Il l'administre en solution à 6 0/0, à doses de 8 à 12 gouttes répétées 3 fois par jour et prises, étendues dans quelques cuillerées d'eau ou de vin, la première semaine une demi-heure après le repas et ultérieurement avant de manger.

Chez tous les artérioscléreux soumis à cette médication, au bout d'une quinzaine, il a vu disparaître l'oppression, la tachycardie, l'arythmie et diminuer les souffles valvulaires qui simulaient un rétrécissement aortique ou une insuffisance mitrale ; en même temps la proportion d'albumine baissait considérablement dans les urines, l'appétit était stimulé, la digestion facile. Jamais il n'y a eu de phénomènes accessoires fâcheux.

Kl. a eu l'occasion de vérifier sur lui-même l'efficacité du médicament contre un état de débilité cardiaque s'accompagnant de respiration de Cheyne-Stokes et d'arythmie considérable du pouls. J. B.

Digitized by Google

L. RAPPAPART. Le sérum antistreptococcique dans la scarlatine (*Bolnitschnaje Gaz. Botkina, n° 40, 1897*).

Les expériences d'inoculation d'un sérum antistreptococcique contenant 0,50 0/0 de phénol, faites à 16 scarlatineux, n'ont donné aucun résultat positif: 4 des malades ont succombé. Résultats conformes à ceux obtenus par Baginsky et Josias. H. R.

WEISBECKER. Heilserum gegen Typhus, Scharlach, Pneumonie (Sérothérapie dans la typhoïde, la scarlatine, la pneumonie) (*Zeitschr. für klin. Med., XXXII, p. 189*).

W. a essayé, dans 2 cas de fièvre typhoïde, 5 cas de scarlatine, 5 cas de pneumonie, l'emploi des injections de sérum sanguin provenant de convalescents de ces maladies. Les doses ont varié de 10 à 20 centimètres cubes.

L'action de ces injections sur la température est absolument variable. La fièvre persiste, augmente, diminue; la défervescence se fait par lysis, par crise, ou se laisse attendre plusieurs jours. Même influence impossible à caractériser sur les phénomènes locaux. L'exanthème de la scarlatine pâlit ou rougit, le foyer pneumonique augmente ou disparaît.

Mais l'effet sur l'état général est au contraire constant et favorable (bien-être, sommeil, appétit). Le bien-être apparaît alors même que la température augmente et que les phénomènes locaux s'accentuent.

A.-F. PLICQUE.

W. HOWELL et KINNICUTT. Internal secretions considered in their physiological, pathological and chemical aspects (*Med. news, p. 655, 22 mai 1897*).

Howell a fait des expériences avec l'hypophyse du cerveau de mouton. Il a fait des extraits de la portion glandulaire et du lobe infundibulaire, et a étudié les effets produits par l'injection de ces deux préparations chez le chien.

L'extrait du lobe glandulaire n'a que peu ou pas d'action lorsqu'on l'injecte seul. Au contraire, l'extrait du lobe infundibuliforme a une action distincte et remarquable sur les battements du cœur et la pression sanguine : d'abord un ralentissement prononcé des battements du cœur avec une augmentation de force des battements ; en même temps la pression sanguine s'élève considérablement par suite d'une contraction des vaisseaux périphériques.

Kinnicutt a essayé les préparations thyroïdiennes chez des tuberculeux, dans le but d'influencer favorablement leur nutrition : il n'a pas obtenu de résultat favorable. P. MAUBRAC.

GILLES DE LA TOURETTE et A. CHIPAULT. Le traitement de l'ataxie par l'élongation vraie de la moelle épinière (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, mai et juin 1897*).

Tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insuffisante de la moelle, sa flexion sur un sujet assis, les jambes étendues,

Digitized by Google

produit une élongation de cet organe de près de 1 centimètre, portant presque toute son action sur ses parties postérieures au niveau des premières paires lombaires.

Pour obtenir cette flexion, Gilles de la Tourette et Chipault se servent d'un appareil spécial qu'ils ont fait construire ; la force à employer pour obtenir le degré de flexion nécessaire est en moyenne de 70 kilos, mais le maximum de flexion ne peut être obtenu dès la première séance. La durée moyenne d'une séance oscille entre 8 et 12 minutes.

Aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension.

47 ataxiques ont été soumis à ce mode de traitement; il s'agissait de malades parvenus à la deuxième période de leur mal, en voie d'incoordination, chez lesquels l'affection se révélait par son cortège habituel de symptômes.

Chez ces malades la flexion du rachis constitue la meilleure méthode thérapeutique, bien supérieure, en particulier, à toutes les autres méthodes mécaniques. En effet, 22 malades, soit près de la moitié, ont été améliorés suivant la presque totalité des symptômes. Cette amélioration a porté, en premier lieu et surtout sur l'ensemble des phénomènes douloureux; crises à caractère fulgurant, troubles de la sensibilité. En second lieu les malades ont retiré un grand bénéfice de la méthode par rapport aux troubles urinaires, la rétention en particulier. Enfin la flexion a eu une action presque constamment favorable sur l'impuissance. Dans tous les cas les symptômes oculaires ou bulbaires n'ont été que très médiocrement modifiés.

A côté de ces 22 cas, 15 autres ont retiré du traitement des bénéfices analogues mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement des symptômes.

10 malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration.

Aucun malade n'a subi moins de 15 à 20 séances de flexion. L'amélioration s'est montrée généralement vers la dixième ou quinzième séance à partir du moment où la traction maximum avait été tolérée. On doit faire une séance tous les deux jours. G. LYON.

James CANTLIE. Remarks on the treatment of bubonic plague (*Brit. med. Journ., p. 249, 30 janv. 1897*).

Voici les conseils que donne Cantlie pour traiter la peste : tout d'abord, purger le malade avec du calomel, à titre de laxatif antiseptique. Le nourrir modérément avec du jus de viande, bouillons, potages, eau de riz comme tisane, boissons alcooliques glacées. Contre le délire employer sur la tête des compresses mouillées et les lotions froides : injecter sous la peau soit quelques gouttes d'une solution d'hyoscyamine, soit une petitedose de morphine. Combattre la diarrhée avec du salol et de l'opium, et les vomissements avec quelques gouttes d'acide cyanhydrique mêlé à de la liqueur de morphine. Combattre surtout le collapsus cardiaque par l'éther, l'acétate d'ammoniaque, la digitale, la caféine et l'huile camphrée,

Digitized by Google

et surtout par les injections hypodermiques de strychnine. Le traitement local des bubons est à peu près nul jusqu'au moment où ils s'abcèdent et doivent être incisés. H. RENDU.

Jacques-L. REVERDIN. Le sulfate de soude à faibles doses comme hémostatique (*Revue méd. Suisse romande, janv. 1897*).

Le sulfate de soude, administré à faibles doses, suivant la méthode de Kussmaul (10 centigrammes d'heure en heure), agit dans certains cas d'hémorragies capillaires (épistaxis, métrorragies, hémorragies post-opératoires) comme hémostatique.

L'expérimentation sur les animaux montre qu'ingéré dans l'estomac ou injecté dans les veines, le sulfate de soude à faibles doses rend, en général, la coagulation du sang plus rapide. L'administration par la voie sous-cutanée n'a pas donné le même résultat. J. B.

WILMS. Diagnostischer und Therapeutischer Werth..... (Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire; emploi du manomètre à mercure (*Münch. med. Woch., p. 53, 19 janv. 1897*).

Employée dans 23 cas, 6 fois il s'agissait de méningite épidermique, le liquide y était nettement trouble, 3 fois sur 4 recherches on trouva le diplococcus intra-cellulaire. 6 fois il s'agissait de méningite tuberculeuse, une fois seulement sur 5 recherches, l'auteur y trouva le bacille tuberculeux ; 3 cas ont trait à des pseudo-méningites au cours de maladies infectieuses : on y trouva seulement des signes négatifs : liquide clair et stérile.

Les pressions les plus élevées (50-66^{mm}, Hg), ont été trouvées dans des cas de tumeur du cerveau (sarcome secondaire du corps strié). L'auteur recommande le manomètre à mercure, comme d'un emploi aussi précis et plus aisé que le manomètre à eau. C. LUZET.

Herbert SNOW. Opium and cocaine in the treatment of cancerous disease (*Brit. med. Journ., p. 718, 19 sept. 1896*).

L'auteur insiste sur les heureux effets de l'opium donné conjointement avec la cocaïne chez les cancéreux inopérables, particulièrement chez les femmes qui, après l'ablation d'un sein, ont des phénomènes de récidive osseuse. Non seulement les souffrances sont atténuées, mais la survie sensiblement allongée : en voici des exemples :

1° Femme opérée en 1880 d'un cancer du sein ; récidive et dissémination cutanée et viscérale en 1883. Traitement opiacé : 2 centigrammes d'acétate de morphine 3 fois par jour. Disparition de la plupart des nodules cutanés, morte en 1886, six ans et demi après le début des accidents.

2° Carcinome mammaire récidivant ; infection rachidienne, survie de cinq ans par le traitement opiacé.

3° Cancer du sein datant de seize ans, ulcéré ; cicatrisation de l'ulcère et rétrocession des accidents pendant quatre ans et demi.

4° Carcinome secondaire du péritoine, vérifié par une incision exploratrice ; arrêt de l'évolution de la tumeur sous l'influence de l'opium et de la cocaïne, depuis près de deux ans. Dose quotidienne (10 centigrammes de cocaïne et 2 centigrammes de morphine.)

Trois autres exemples analogues montrent l'efficacité de la méthode.

H. RENDU.

Digitized by Google

A. CALMETTE. Sur le venin des serpents et sur l'emploi du sérum antivenimeux dans la thérapeutique des morsures venimeuses chez l'homme et chez les animaux (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p. 214, 25 mars 1897*).

C. rapporte plusieurs observations où l'animal mordeur a été reconnu : naja tripudians, bungarus cœruleus, bothrops lanceolatus, naja noir de Guinée, naja haje ; le sérum s'est montré actif contre des venins d'origine très différente ; il y a donc urgence à généraliser la méthode, notamment dans l'Inde où, d'après les statistiques officielles, 22,000 personnes et environ 60,000 têtes de bétail succombent à la suite de morsures de reptiles. On peut aussi l'employer dans les cas graves de piqûre par les scorpions.

Pour mesurer le pouvoir antitoxique du sérum antivenimeux, C. propose d'abord de déterminer la quantité d'un venin quelconque, pesé à l'état sec, nécessaire pour tuer en 15-20 minutes un lapin par injection intraveineuse et à injecter ensuite préventivement, toujours par voie intraveineuse, des quantités croissantes de sérum antivenimeux de façon à conférer l'immunité contre la dose mortelle.

L'immunité conférée par le sérum est très énergique et rapide, mais elle disparaît en un très court espace de temps (2 à 4 jours).

Les venins de diverses origines (colubridés, vipéridés, etc.) ne présentent entre eux de différences que par la propriété hémorragipare que possèdent les venins des vipéridés que le chauffage à 70° fait disparaître très facilement.

La chaleur modifie tous les venins à des températures variables en diminuant graduellement leur toxicité. Le chauffage ne transforme pas les venins en vaccins. Lorsqu'on inocule aux animaux des vaccins chauffés à des doses voisines de celles des venins normaux qui donnent la mort, on vaccine dans les mêmes conditions qu'en inoculant aux animaux des doses non mortelles de venin normal. PAUL TISSIER.

H. KEATINGE et A. RUFFER. A case of snake bite treated by antivenomous serum (*Brit. med. Journ., p. 9, 2 janv. 1897*).

Une enfant de 13 ans est piquée à l'avant-bras, le 7 octobre 1896 à Ghizeh, près du Caire, par un serpent cobra ; en quelques instants elle perd connaissance. Le barbier de l'endroit lui pratique instantanément quelques incisions sur le bras et l'avant-bras et la pense avec du limon du Nil. On la conduit à l'hôpital quatre heures après l'accident. Elle est comateuse, anesthésique, sans réflexes patellaires ni pupillaires, le pouls incomptable et insensible, la température basse. On lui injecte 20 centimètres cubes de sérum antivenimeux de Calmette qu'elle ne sent pas. Quatre heures plus tard, se dessine une légère amélioration, le pouls est à 140, plus résistant, la chaleur est revenue ; l'enfant peut répondre à quelques questions. Nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum. Nuit passable. Le lendemain, 8 octobre, le coma a disparu, et le pouls se relève (140). Le danger est conjuré. Les jours suivants, convalescence régulière, traversée par un abcès phlegmoneux développé au niveau de la morsure. Guérison complète le 28 octobre. H. R.

Digitized by Google

HYGIÈNE.

I. — Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France (*XXIV, 1894*).

II. — Idem (*XXV, 1895*).

I. — A. *Hygiène alimentaire :* 1° *Saccharine.* Brouardel et Ogier concluent au maintien de la prohibition d'importation; 2° rapports de Dubrisay sur le *sertissage des boîtes de conserves* et de Pouchet sur la *mannite des vins d'Algérie.*

B. *Hygiène municipale : Eaux potables.* En 1894, le comité a examiné 136 projets d'adduction d'eau potable. La société anonyme de la force motrice gratuite a soumis à l'examen du comité un appareil stérilisateur et épurateur qu'Ogier apprécie favorablement. L'eau est introduite dans des récipients constamment plongés dans un bain de vapeur sous pression qui la portent à la température de 120 à 150 degrés; après être restée exposée à cette température pendant 8 à 20 minutes, elle passe dans des échangeurs où elle cède sa chaleur à l'eau qui va être à son tour stérilisée, un filtre au sable est intercalé entre le stériliseur et l'échangeur. L'eau purifiée sort de l'échangeur à la température de 25 à 30 degrés; le débit est de 300 à 500 litres à l'heure; le prix de revient de 0,30. Il y a stérilisation parfaite de l'eau, abaissement de son degré hydrotimétrique, diminution de la matière organique et de l'oxygène en dissolution.

Cimetières : Deux rapports de du Mesnil traitant des conditions de déplacement et de déblaiement d'un ancien cimetière de Montluçon. Un autre rapport du même expose la situation de la commune de Vabre (Tarn) dans laquelle, en 1863, une église a été construite sur un terrain occupé jusqu'en 1858 par un cimetière sans que les corps aient été exhumés.

C. *Hygiène hospitalière :* L'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège), qui comprend une population de 480 personnes dont 450 malades et dispose de 460 mètres cubes d'eau par jour, est complètement dépourvu de latrines; malades et personnel se servent de baquets qui, deux fois par jour, sont transportés dans un dépotoir, placé en un point culminant; finalement, les matières sont répandues sur les champs de l'établissement; quant aux eaux ménagères, elles sont déversées simplement sur les pentes voisines. Devant les plaintes des habitants de la ville, on a dressé un projet d'installation de cabinets d'aisances et d'une canalisation entraînant les matières de vidange et les eaux ménagères jusqu'à des terrains d'épandage (rapport de Gariel).

D. *Épidémies :* 1° *Fièvre typhoïde.* Enquêtes de Thoinot à Berck et à Besançon; enquêtes de Chantemesse à Lure et à Montlignon. Cette dernière épidémie due au lait, a présenté des particularités intéressantes.

Digitized by Google

Elle a sévi presque exclusivement parmi les clients d'un laitier, au nombre desquels se trouvait un autre laitier, qui a été atteint par la maladie ; en revanche, le laitier fournisseur du lait infecté est demeuré indemne, ainsi que sa famille, ce qui donne à penser que l'eau contaminée ne servait pas seulement à laver les récipients ;

2° *Typhus :* Rapports de Proust, de Deschamps et de Netter ;

3° *Diphtérie :* Epidémie de Chagny (Chantemesse) ;

4° *Choléra :* L'épidémie d'Alais (1893) fait le sujet d'un travail de Mosny contenant un plan de la ville, ainsi que de nombreux diagrammes et graphiques. Chantemesse a étudié l'épidémie qui régna à Lisbonne (Portugal), en avril 1894, et fut d'une si singulière bénignité.

E. *Prophylaxie :* Sur le rapport de Napias, le Comité adopte des instructions à donner aux familles des *écoliers* atteints de maladies épidémiques.

Proust indique les mesures à prendre dans les asiles de nuit de Paris pour empêcher la transmission du *typhus.* Il existe 3 catégories de ces refuges : 1° les municipaux, où chaque individu est douché et lavé au savon noir, tandis que ses vêtements passent à l'étuve, et où les draps de lit sont désinfectés après chaque usage ; 2° les établissements de la Société philanthropique qui ne reçoivent que des femmes et n'ont pas d'étuve, mais possèdent des bains-douches et changent les draps tous les jours ; 3° les 4 asiles de l'œuvre de l'hospitalité de nuit, qui disposent de 945 lits et ont abrité, en 1893, 102,714 hommes, 3,240 femmes et 718 enfants. Ces établissements n'ont ni bains ni étuves et ne changent les draps que de quinzaine en quinzaine ; aussi ont-ils fourni de nombreux cas de typhus. Le comité décide que les asiles qui ne possèdent pas des moyens d'assainissement suffisants, ou bien devront accepter la proposition de la préfecture pour la désinfection des linges et vêtements, ou bien ne reçoivent que des hôtes ayant passé une nuit dans les asiles municipaux où on les nettoie et désinfecte.

F. *Hygiène professionnelle et industrielle :* Dubrisay fait adopter un projet d'instruction sur les mesures d'hygiène nécessaires dans la fabrication du *vert de Schweinfurt.*

G. *Substances toxiques :* Sur des rapports de Dubrisay et Ogier, le comité décide l'interdiction de la vente : 1° des *bains et poudres à argenter* formés de sels mercuriaux; 2° d'une *teinture épilatoire,* à base d'acide cyanhydrique. En revanche, le comité estime que le sulfocyanure de mercure n'est pas assez toxique pour qu'il y ait lieu de prohiber la vente des jouets, connus sous le nom de *serpents de Pharaon.*

II. — A. *Hygiène alimentaire :* 1° Sur les conclusions de Chauveau, le comité propose l'interdiction absolue de l'importation du *sang à l'état naturel,* d'animaux de boucherie, comme étant éminemment putrescible et le meilleur milieu de culture de certains microbes pathogènes ; 2° les expériences de Pennetier et Renard montrent que la chair des *crabes* cuits vivants, quelles que soient leur provenance et la saison, ne renferme pas de ptomaïnes ; au contraire, celles-ci se forment rapidement dans le corps des crabes morts et cela malgré des cuissons répétées. Grancher en conclut qu'il convient de ne tolérer que la vente des crabes vivants ainsi que cela se fait pour les moules ; 3° Grancher rend compte

Digitized by Google

d'accidents de gastro-entérite non mortels survenus à Saint-Etienne, à la suite d'une mammite d'une des vaches laitières ; ce lait contenait des streptocoques et des staphylocoques ; 4° Circulaire ministérielle du 15 juin 1895 interdisant le sertissage plombifère des boîtes de conserves.

B. *Hygiène municipale :* 1° *Eaux potables :* Tableau des 137 projets d'amenée soumis au Comité.

2° *Égouts :* Barcelonnette, dont la mortalité excède de 5 0/0 la natalité, se décide à construire des égouts ; mais sur le rapport de Gariel, le comité s'oppose à ce qu'on introduise les matières de vidanges dans cette canalisation qui aboutit à la rivière. Etude de Pouchet sur l'application à Rouen du procédé d'Howatson pour épurer les eaux d'égout. (*R. S. M.*, XLVIII, 101.)

C. *Épidémies :* D'après le rapport du ministre de la Guerre pour les années 1892 à 1894, sous l'influence de l'usage d'eau de source ou d'eau filtrée, le nombre des cas de fièvre typhoïde ne cesse de diminuer dans l'armée. De 1886 à 1891, il a baissé d'une façon continue, de 7,771 à 3,603 ; en 1892, il a éprouvé une recrudescence (4,820) ; mais, depuis lors, il est tombé successivement à 3,314 et 3,060, chiffres inférieurs à tous ceux des statistiques antérieures. Le bénéfice a été le même pour le choléra, tandis que l'amélioration est moins marquée pour la dysenterie et qu'on observe même une augmentation du nombre des cas de rougeole, scarlatine, oreillons, diphtérie, pelade, à cause de l'appel toujours renouvelé des réservistes, territoriaux, dispensés, etc.

D. *Hygiène professionnelle et industrielle :* Rapports de Napias sur la construction et l'emploi des échafaudages. D'après le rapport de Bérard, les trois fabriques de vert de Schweinfurt en produisent 200,000 kilogrammes par an, dont plus de la moitié sert à peindre les carènes des navires, tandis que le reste est employé pour abat-jour, cartons de bureaux, de magasins de nouveautés et préparation du vert de Véronèse. Un décret du 29 juin 1895 prescrit les précautions hygiéniques nécessaires dans cette industrie. J. BEX.

Compte rendu de la XXI° réunion de la Société allemande d'hygiène publique (*Deut. Viertelj. f. öff. Gesund.*, *XXIX*, *p. 1-73*, *1897*).

Cinq questions étaient à l'ordre du jour de la 21° réunion des hygiénistes allemands qui s'est tenue à Kiel.

1° *Les eaux potables tirées de la nappe souterraine et les procédés pour les débarrasser de leur fer.* — D'après les rapporteurs, A. *Thiern* et Bernard *Fischer*, les eaux de la nappe souterraine utilisées par l'immense majorité des villes allemandes constituent en général un mode d'approvisionnement beaucoup plus économique que les eaux libres de la surface (lacs, rivières) qui nécessitent une coûteuse filtration ; elles leur sont en outre supérieures, tant à cause de leur stérilité parfaite que de leur température constante. Elles ont cependant l'inconvénient de renfermer souvent du fer et de l'hydrogène sulfuré qui altèrent leur saveur et leur aspect. Mais il est facile de les en débarrasser en retenant mécaniquement le fer transformé préalablement en un composé insoluble. La précipitation du fer s'obtient soit par l'oxydation, soit par soustraction

Digitized by Google

d'acide carbonique, et la plupart du temps à la fois par les deux. Dans la pratique en grand, on précipite le fer en exposant l'eau, en couche mince, à l'action de l'air. Pour des besoins plus restreints, on recourt à des agents chimiques. Il ne reste qu'à filtrer l'eau, opération peu coûteuse dans ces conditions, parce qu'elle se fait d'une façon expéditive. On trouvera dans le rapport de Fischer la description avec figures des procédés d'Oesten (*R. S. M.*, XXXVIII, 144); de Piefke (*R. S. M.*, XXXIX, 110), employé à Charlottenbourg, Lichtenberg, Pankow, Trèves et Kiel; de Thiem, qui a choisi un filtre plus grossier qu'Oesten, fonctionnant à Wismar et à l'asile d'aliénés d'Alt-Scherbelz et projeté pour Breslau, Dessau, Malmoë, Abo; de Kurth, préférable pour les petites installations à fonctionnement discontinu; de Kröhnke (perchlorure de fer et chaux, filtre-presse), en usage dans des fabriques de Hambourg et à la caserne d'artillerie de Cuxhaven; de Steckel (voy. Lübbert, *R. S. M.*, XLVIII, 96), etc.

Les membres qui prennent part à la discussion se plaignent que le travail de Thiem et Fischer reflète exclusivement leurs opinions personnelles et qu'en proclamant si énergiquement l'infériorité des eaux de rivière filtrées, il n'induise en de grandes dépenses les municipalités. Il est d'ailleurs des cas où la dureté des eaux souterraines est telle qu'elles ne sont pas potables, c'est ce qui est arrivé à Stuttgart. Sur la proposition d'Andreas Meyer et de Stübben, la réunion décida de ne pas discuter quant à présent les conclusions des rapporteurs en attendant une expérience plus longue.

2° *Création d'asiles pour femmes en couches.* — H.-B. *Brennecke*, auteur du rapport, est depuis longues années un ardent promoteur de cette institution dont il a doté Magdebourg, il y a déjà 8 ans. Il y voit le seul moyen de restreindre la mortalité des accouchements à domicile qui n'a guère diminué depuis l'ère antiseptique, tandis qu'elle s'est réduite presque de moitié dans les maternités publiques. Or, en Allemagne, 95 0/0 des accouchements sont pratiqués par les sages-femmes, sans assistance médicale, et 1 à 2 0/0 (5 0/0 à Berlin) ont lieu dans les maternités. Les asiles devraient être répartis de façon que partout, en Allemagne, une femme menacée d'avoir un accouchement grave ou dont le logement ne remplit pas les conditions hygiéniques, ait à sa portée l'un d'entre eux. Ces asiles sont nécessaires, même dans les villes possédant des maternités, parce que la clientèle de celles-ci se recrute presque exclusivement parmi les filles enceintes, et les femmes mariées, qui en ont autant besoin et sont bien plus nombreuses, répugnent à s'y faire admettre. 18 villes allemandes, dont la moitié dans la Prusse rhénane, ont déjà des établissements de ce genre, dus pour la plupart à l'initiative privée. Mais pour que l'institution remplisse le but que lui assigne B., elle ne doit pas avoir le caractère d'une œuvre de bienfaisance et les autorités des cercles et des communes groupées doivent la prendre en main, car il y a là un devoir social, quand on réfléchit surtout que si la statistique indique tant bien que mal les décès puerpéraux, elle ne fait pas connaître le nombre de femmes devenues infirmes à la suite d'un accouchement. Naturellement les sages-femmes sont opposées à la réalisation de ce projet qui doit diminuer leur clientèle, déjà peu lucrative. Pour atténuer leur opposition, Br. les a intéressées matériellement à son

Digitized by Google

œuvre. La Société de dames patronesses de l'asile de Magdebourg alloue de 4 à 6 marcs par accouchement que les sages-femmes consentent à venir faire à l'asile plutôt que dans le domicile de leurs clientes ; en outre, elle verse 1 marc par accouchement dans la caisse de secours pour sages-femmes malades ou dans le besoin. L'asile devient ainsi une école de perfectionnement pour les sages-femmes, en même temps qu'il constitue un centre modèle pour l'hygiène des femmes en couches, en mettant à leur disposition des soins médicaux expérimentés. Il est bien entendu, en outre, que ces asiles ne doivent pas être annexés à des hôpitaux et constituer des établissements entièrement indépendants. Le travail de Brennecke contient de nombreux tableaux graphiques sur la mortalité puerpérale en Prusse et en Saxe.

Dans la discussion, *Lent* expose le fonctionnement de l'asile de Cologne créé il y a 7 ans. 400 accouchements s'y font par an. Une des dames patronesses procède à une enquête sur les ressources de chaque femme admise, sur le gain du mari, le nombre des enfants, afin d'alléger les souffrances résultant pour le ménage de l'absence de la mère de famille ; les enfants sont mis en garde ; des secours pécuniaires sont alloués, etc.

3° *Lutte contre la diphtérie.* — De 1875 à 1886, la diphtérie a occasionné en Prusse 532,902 décès, soit 45,000, année moyenne et 165 sur 100,000 vivants ; elle vient ainsi au troisième rang dans la statistique mortuaire, immédiatement après les affections du tube digestif et la tuberculose. Carl *Fraenkel*, après avoir réfuté les objections élevées contre le caractère spécifique et pathogène du bacille de Lœffler, passe en revue les agents de transmission dont le principal est le malade et expose ensuite les moyens qu'il estime les plus propres à combattre la propagation de la diphtérie.

4° *Coopération des médecins à l'administration de l'hygiène industrielle.* — Gottlieb *Merkel*, rapporteur, montre, par des exemples, les nombreux cas où le concours du médecin est indispensable, quand il s'agit d'hygiène professionnelle.

5° *Les conditions hygiéniques de la marine marchande.* — Tandis que dans la marine militaire allemande la mortalité est d'environ 2,6 0/00, elle s'élève dans la flotte commerciale de Hambourg à 21,8, dont moitié par maladies et le reste par accidents et suicides. D'après *Nocht*, trois affections fournissent à elles seules les deux tiers des décès et doivent par conséquent fixer l'attention des hygiénistes ; ce sont la fièvre jaune, la tuberculose et le coup de chaleur. J. BEX.

Statistik des Sanitätswesens der im Reichsrathe..... für des Jahres 1893 (*Oesterr. Statistik herausgegeben von der k. k. Centralkommission, XLIV, Wien, 1896*).

1° *Hôpitaux.* — En 1893, il existait dans l'Autriche cisleithanienne, 195 hôpitaux publics comptant 26,109 lits et 431 hôpitaux particuliers en comptant 12,830. Les premiers ont soigné 287,254 malades, les autres 91,720. C'est le Tyrol qui est le mieux doté en établissements hospitaliers, il en possède 1 par 106 habitants, et c'est la Galicie qui en a le moins, 1 sur 1,464. A Trieste, sur 13 habitants, 1 est hospitalisé. Le prix moyen de la journée par malade est de 2 fr. 225 dans les hôpitaux publics.

Digitized by Google

La syphilis vient en tête, comme fréquence (8,2 0/0) des maladies traitées dans les hôpitaux, 28,843 cas. Les 19,210 tuberculeux ont fourni 7,652 décès (39,8 0/0). La tuberculose donne à peu près le quart (23,8 0/0) de tous les décès hospitaliers (32,159). La proportion des tuberculeux décédés dans les hôpitaux forme les 9,1 0/0 de la totalité des morts par tuberculose en Autriche. La mortalité par tuberculose est dépassée par celle du choléra (57,6 0/0), du marasme sénile (42,9 0/0), de la diphtérie (42 0/0) et de l'hydropisie généralisée (39,9 0/0). Sur les 2,161 cas de variole admis, 414 (19,2 0/0) se sont terminés fatalement.

2° *Asiles d'aliénés.* — Les 28 asiles publics et les 6 privés ont traité 17,855 aliénés. Sur 100 aliénés, on en compte, en moyenne, 39 d'internés. 8,8 0/0 sont sortis guéris ; 17,4 0/0 non guéris et 9,9 0/0 ont succombé. Les délires systématisés figurent pour 30 0/0 des cas ; la démence simple pour 25,6 ; la manie pour 15 ; la mélancolie pour 10,9 ; la folie paralytique pour 10,5 et la folie épileptique pour 8 0/0.

En dehors des asiles, il y avait 17,901 aliénés ; ce sont les pays de montagnes, Salzbourg, Tyrol et Vorarlberg qui en ont le plus.

3° *Instituts d'idiots.* — Au nombre de 4 avec 261 pensionnaires.

4° *Crétins.* — Leur nombre total était de 17,293, soit 74 par 100,000 habitants. Un peu plus de la moitié d'entre eux (56,9 0/0) pouvaient être employés à des travaux domestiques.

5° *Instituts de sourds-muets.* — Au nombre de 17 avec 1,553 pensionnaires, dont 866 du sexe masculin et 687 du féminin. 43,1 0/0 avaient leur infirmité de naissance ; 42,8 0/0 l'avaient acquise à la suite de maladies ; 8,4 0/0 à la suite d'accidents ; chez les 5,7 0/0 restants, la cause était inconnue. Parmi les maladies, causes de la surdi-mutité, viennent en premier lieu les maladies nerveuses (8,9 0/0), puis l'éclampsie infantile (8,7 0/0), la scarlatine (6 0/0), la fièvre typhoïde (4 0/0), la rougeole (2,5 0/0) et la variole (1,1 0/0).

En dehors des instituts, il y avait encore 27,390 sourds-muets dont 83,3 0/0 congénitaux. Les pays qui comptaient le plus de crétins sont aussi ceux où les sourds-muets étaient les plus nombreux.

6° *Instituts d'aveugles.* — 834 aveugles se trouvaient dans les 12 instituts, dont 8 sont des établissements d'éducation et 4 des ateliers. 18,3 0/0 étaient nés aveugles ; 73,7 0/0 l'étaient devenus à la suite de maladies et 6,1 0/0 par accidents ; la cause était indéterminée pour 1,9 0/0. Les maladies ayant occasionné la cécité étaient, par ordre de fréquence : des ophtalmies dans 29,8 0/0 des cas ; la variole dans 16.2 ; la scarlatine dans 4,5 ; la rougeole dans 3,8 ; la fièvre typhoïde dans 2 0/0 ; les inflammations du cerveau et autres maladies de la tête dans 6,8 0/0.

D'autre part, 15,305 aveugles (8,141 du sexe masculin et 7,164 du féminin) vivaient en dehors des instituts, soit une proportion de 64 aveugles par 100,000 habitants de l'Autriche ; suivant les différents pays, la proportion oscillait entre 89 en Carinthie et 63 dans le Vorarlberg. 15,1 0/0 étaient aveugles de naissance ; 59 0/0 l'étaient devenus à la suite de l'ophtalmie des nouveau-nés ; 6,5 0/0 à la suite de la variole ; 7,9 0/0 à la suite de blessures.

7° *Hospices d'enfants assistés.* — Réduits en 1893 au nombre de 7, 2 d'entre eux sont en train de disparaître. Ils abritaient 13,516 enfants trouvés, tandis que 25,313 autres étaient assistés au dehors ; la mortalité

Digitized by Google

des premiers a été de 5 0/0, celle des seconds de 13,10 0/0. A la fin de 1893, 24,244 enfants abandonnés étaient confiés à des parents nourriciers, le plus grand nombre (12,097) dans la Basse-Autriche, le plus petit dans le Salzbourg.

8° Les *orphelinats, maisons de réforme* et *de correction, asiles de l'enfance*, etc., au nombre de 195, comptaient 12,684 enfants.

9° Les *hospices* et *maisons de pauvres* hébergeaient 44,236 personnes.

10° *Maternités.* — Au nombre de 18 avec 1,713 lits. Elles ont admis 19,559 femmes avec 17,269 enfants; 128 des premières (0,65 0/0) et 954 des secondes (5,52) ont succombé. Le chiffre des naissances s'est élevé à 17,704 comprenant, par millier, 12,48 naissances gémellaires et 0,06 trigémellaires. Le chiffre des accouchements sur la voie publique a été de 327; le prix moyen de la journée par femme a été de 3 fr. 50.

11° *Instituts de vaccin.* — Les 15 établissements de cette nature ont délivré 1,091,618 portions de vaccin en flacons et sur lancettes. 99,9 0/0 des vaccinations ont été pratiquées avec le vaccin frais; 90,3 0/0 des opérations ont été fructueuses.

12° *Eaux minérales.* — 266,545 baigneurs ont fréquenté les 243 sources minérales et, en outre, il y a 17 eaux minérales qui sont exclusivement expédiées.

13° *Causes de décès.* — La mortalité générale, mort-nés compris, a été de 2,911 par 100,000 habitants, c'est-à-dire inférieure à l'année 1892; le chiffre total de 690,064 décès renferme 28,471 mort-nés. La variole a déterminé 5,821 morts, dont 4,210 en Galicie, 775 en Bohême et 205 dans le Triestin; la rougeole, 7,503; la scarlatine, 12,695; la fièvre typhoïde, 11,123; la dysenterie, 6,689; le choléra asiatique, 920, uniquement dans la Galicie, la Bukowine, la Basse-Autriche et la Styrie : la coqueluche, 15,429; la diphtérie, 28,531. Les inflammations aiguës des voies respiratoires constituent les 12,85 0/0 de l'ensemble des décès; la phtisie pulmonaire les 12,90 (à Vienne, 482 décès par 100,000 habitants); les cancers 2,21 0/0. Il y a eu 33 décès rabiques. 11,072 personnes ont succombé à une mort violente dont 4,091 par suicide. J. B.

I. — **SCHMID. Die Influenza in der Schweiz in den Jahren 1889-1894** (*Berne, 1895*).

II. — **Samuel GACHE. Climatologie médicale de la République Argentine.....** (*Buenos-Ayres, 1895*).

III-V. — **John S. BILLINGS. Vital statistics of the district of Columbia and Baltimore; of New-York city and Brooklyn; of Boston and Philadelphia** (*Washington, 1893 à 1895*).

VI. — **E. MAUREL. De la dépopulation de la France** (*Paris, 1896*).

VII. — **MOSSÉ. Le mouvement de la population à Toulouse** (*Paris, 1896*).

VIII. — **JEANNOT. Du rôle de l'ingénieur sanitaire dans la création, la direction et le fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène** (*Revue d'hyg., XVII, p. 569*).

IX. — **Fernand BERLIOZ. Annuaire du bureau d'hygiène de la ville de Grenoble; 6e année** (*Grenoble, 1896*).

Digitized by Google

X. — Douglas AIGRE. Premier bulletin annuel du bureau municipal d'hygiène de Boulogne-sur-Mer (1895) (*Boulogne, 1896*).

I. — Nous ne pouvons guère que signaler aux épidémiologistes, l'œuvre importante du directeur du Bureau suisse d'hygiène, résultant d'une enquête fédérale. En effet, le texte est peu de chose, comparé aux innombrables tableaux numériques et graphiques, aux planches lithographiées et aux cartes qui témoignent des soins minutieux et de la peine que Schmid a pris pour utiliser, de la manière la plus complète, les documents mis à sa disposition. La pandémie grippale de 1389 a débuté en Suisse dans le canton de Neuchâtel où elle fut introduite par des personnes arrivant, l'une de Moscou, l'autre de Paris; elle s'étendit d'abord aux groupes de la population les plus en rapport avec le public (employés des chemins de fer et des postes); finalement elle a atteint les habitations alpines les plus élevées, telles que l'hospice du Grand-Saint-Bernard (2472 mètres) pourvu qu'elles eussent quelques relations avec des régions déjà infectées. Le caractère contagieux de la grippe ressort encore de la double circonstance qu'elle a été apportée dans certaines localités, jusque-là indemnes, par des lettres venant de l'étranger et par des colis des Grands Magasins du Louvre; et que dans les établissements fermés (tels qu'asiles d'aliénés, prisons, etc.), elle commençait par le personnel ouvrier et administratif.

II. — Gros volume dans lequel Gache a réuni tous les renseignements intéressant la climatologie médicale des diverses provinces de la Confédération argentine et même, avec moins de détails, des autres Etats de l'Amérique du Sud. La Confédération argentine se compose de 14 provinces ou Etats autonomes et de 9 districts fédéraux; elle a un territoire de 2,894,444 kilomètres carrés, peuplé seulement de 5,000,000 d'habitants. Les émigrants, qui pour les deux tiers sont Italiens, contribuent surtout aux progrès rapides du peuplement. Le climat est assez sain, pour qu'on trouve beaucoup de centenaires. Les principaux aliments sont la viande dans les villes et le maté dans les campagnes. Parmi les endémies, il y a lieu de citer le paludisme et le goitre qui règnent dans les Etats du Nord; le goitre se rencontre même dans la province de Corrientes éloignée de toute montagne. La tuberculose, la fièvre typhoïde, les affections dentaires et le tétanos, surtout des nouveau-nés, sont très répandus; les kystes hydatiques sont fréquents à Buenos-Ayres.

Dans le chapitre consacré au Pérou, on trouvera des détails circonstanciés sur la Verruga, plus connue depuis 1885 sous le nom de maladie de Carrion, du nom de l'élève en médecine qui a succombé victime de son dévouement à la science, après s'être fait inoculer la Verruga; chez lui, l'incubation dura vingt-deux jours et la mort arriva le vingtième jour.

III. — Ces trois volumes édités avec le luxe graphique coutumier des publications officielles des Etats-Unis constituent le commencement d'une série de publications dans lesquelles Billings élabore et coordonne les données fournies par le recensement fédéral de 1890. La démographie des villes de Washington, Baltimore, New-York, Brooklyn, Boston et Philadelphie y est étudiée à tous les points de vue. Comme il est naturel, en Amérique, une attention particulière est vouée aux mouvements de la population chez les « gens de couleur ». Des cartes coloriées indi-

Digitized by Google

quent la mortalité par quartier pour le paludisme, la tuberculose, la pneumonie, la diphtérie, etc.

IV. — Sur cette question si rabattue, l'auteur a au moins le mérite d'apporter quelques vues nouvelles et spécieuses. La restriction volontaire du nombre d'enfants est incontestablement la cause principale de la diminution de la natalité, mais c'est un phénomène de tous les temps et de tous les pays. Ce qu'il y a de spécial à la France, c'est l'infécondité non volontaire des mariages dérivant de l'arthritisme héréditaire résultant lui-même de la suralimentation azotée. On lira avec intérêt les multiples recherches et les curieux calculs auxquels Maurel s'est livré pour étayer d'arguments statistiques, économiques et démographiques, une thèse qui semble de prime abord assez risquée.

VII. — Depuis plus de vingt ans déjà, à Toulouse, le chiffre des décès excède celui des naissances et l'écart tend à s'accentuer de plus en plus. Cependant comme pour toutes les grandes villes, chaque recensement accuse un accroissement de population qui est dû à l'immigration des campagnards. De 1875 à 1895, la mortalité générale s'est abaissée à peu près de 1 0/00, tandis que la natalité a diminué de 5,14.

VIII. — Il y a 9 ans avant la création du bureau d'hygiène municipal, la mortalité moyenne de Besançon se chiffrait par 25,8 0/00 (24,2 à 24,5 dans les villes de France). Depuis, malgré deux grandes épidémies de grippe, elle est tombée à 23,3 pour les huit premières années de fonctionnement du bureau, et à 21,5 en 1894. La mortalité par affections épidémiques, qui était de 3,2 0/00 à Besançon (2,40 dans les villes de France) s'est successivement réduite à 1,66 de 1887 à 1892, à 1,72 en 1893, et 1,18 en 1894.

IX. — A Grenoble, en 1895, la natalité a été de 22,5 0/00, la moyenne des cinq années précédentes étant de 23,26. Le chiffre des naissances (1376) a été à peine supérieure à celui des décès (1365). La mortalité générale a été de 22,55 0/00, la moyenne des cinq années antérieures étant à 23,17.

X. — Douglas Aigre qui, en qualité de maire, a eu l'initiative de la création du bureau municipal d'hygiène de Boulogne-sur-Mer, expose, dans cet opuscule, qui se compose surtout de tableaux, diagrammes et tracés, l'organisation et les attributions de la nouvelle institution. Boulogne possède une étuve à désinfection due à la munificence d'un citoyen, une voiture pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses, un laboratoire bactériologique et le laboratoire départemental pour l'analyse des denrées alimentaires. En 1895, la première année où a fonctionné le bureau, la natalité était de 30,6 0/00 et la mortalité de 24,04.

J. BEX.

I. — E. JANSSENS. Statistique nosologique des décès de la population bruxelloise de 1867 à 1890 (*Mouvem. hygiénique, XII, p. 498*).

II. — Die Sterblichkeit nach Todesursachen und Aetersklasen der Gestorbenen..... im preussischen Staate während des Jahres 1894 (*Preussischer Statistik, n° 139, Berlin, 1896*).

I. — Pendant les trois périodes de huit ans comprises entre 1867 et 1890, la mortalité sur 1,000 habitants de Bruxelles a été successivement

Digitized by Google

de 38, 33 et 26 pour la tuberculose et de 31, 13,4 et 12,4 pour les maladies infectieuses ; ces chiffres parlent éloquemment en faveur des améliorations sanitaires effectuées dans ce laps de temps.

II. — En 1894, la *variole* a causé en Prusse 77 décès dont 59 au-dessous de 15 ans; le *choléra* asiatique a tué 478 personnes dont 172 au-dessous de 15 ans.

La *grippe* a fait 7,336 victimes dont 3,832 du sexe féminin. Le chiffre des décès dus à cette maladie, qui était de 314 en 1889, est monté à 9,576 l'année suivante pour redescendre à 8,050 en 1891, s'élever à 15,911 en 1892 et retomber à 10,403 en 1893.

3 personnes ont succombé à la *trichinose* et 2 à la *rage;* ce sont les mêmes chiffres que l'année précédente.

Le nombre des décès dus au *délire alcoolique*, relativement à 1893, s'est abaissé ; de 662 il est tombé à 595, tandis qu'il y a eu augmentation pour les morts dus à l'*insolation* (131 au lieu de 60), au *diabète* (962 au lieu de 923) et à la *syphilis* 343 au lieu de 286).

Les causes les plus fréquentes de décès sont les convulsions (14,04 0/0), puis la tuberculose (10,98), la sénilité (9,81, les inflammations des poumons et des plèvres (6,93), la diphtérie (6,77), la débilité congénitale (6,08). On trouve le même ordre, si on rapporte les décès à 10,000 vivants.

Le chiffre de la mortalité tuberculeuse de 1894, 23,89 sur 10,000 vivants est le chiffre le plus faible depuis 1890 ; au contraire, la mortalité par diphtérie (14,73) n'a été plus considérable qu'en 1893.

La scarlatine a occasionné 2,17 sur 10,000 vivants ; la rougeole 3,11 ; la coqueluche, 4,72 ; la fièvre typhoïde, 1,51 ; la dysenterie, 0,35 ; le choléra nostras, 5,58 ; la diarrhée infantile, 5,73 ; le rhumatisme articulaire aigu, 0,51 ; le cancer, 5,27, les suicides, 2,12 ; les accidents, 3,72.

Le nombre des suicides est en augmentation depuis 1891 ; le suicide est quatre fois plus commun parmi les hommes que parmi les femmes.

La mortalité générale a été de 21,8 0/00 contre 24,2 en 1893 ; la mortalité masculine est de 23, la féminine est de 20,5. J. B.

I. — **Heinrich STRASSMANN. Die freiwillige Rettungegesellschaft zu Buda-Pesth** (*Hyg. Rundsch., VI, p. 744*).

II. — **P. FRANK. Die Berliner Unfallstationen** (*Ibid., V, p. 701*).

III. — **E. von ESMARCH. Der Krankentransport in grösseren Städten** (*Ibid., n° 1, p. 1*).

IV. — **Georg MEYER. Ueber den Transport von Personen mit inneren Erkrankungen** (*Berlin. klin. Woch., XXIII, n°s 43 à 45*).

V. — **Statistique du service médical de nuit à Paris** (*C. R. Cons. salubr. Seine, I, p. 67*).

VI. — **Léon COLIN. Projet de distribution de paquets de pansement aux gardiens de la paix** (*Ibid., p. 62*).

VII. — **A. VOISIN. Projet de création de pavillons de secours pour malades, blessés, noyés et asphyxiés dans Paris et la banlieue** (*Ibid., n° 8, p. 125 et n° 15, p. 283*).

Digitized by Google

VIII. — Le même. Statistique des postes de secours en 1894 (*Ibid.*, *n° 11*, *p. 188*).

IX. — Le même. Statistique des postes de secours en 1895 (*Ibid.*, *II*, *n° 10*, *p. 154*).

X et XI. — Le même. Rapports sur les secours aux noyés en 1894, 1895 (*Ibid.*, *I*, *p. 101 et 190*, *et II*, *p. 103*).

I. — La Société de sauveteurs volontaires de Buda-Pesth, fondée en 1887 par G. Kresz sur le modèle de celle de Vienne.

Le rôle de l'association consiste en effet à fournir les premiers secours aux malades pauvres et aux victimes d'accidents et à transporter les malades.

II. — Les postes de secours de Berlin sont une conséquence de la loi allemande sur les assurances contre les accidents professionnels qui oblige les industriels à faire une rente aux ouvriers blessés et devenus plus ou moins incapables du travail; en 1894 ces rentes se sont élevées à 12,500,000 francs. Comme dans bon nombre de cas, c'est la négligence des ouvriers à se faire soigner dès le début qui rend leurs infirmités incurables, le syndicat des brasseurs a eu l'idée, à la fin de 1893, de créer cette nouvelle institution dont tout le public bénéficie. Chaque poste a une salle d'attente et une salle pour les opérations et pansements avec petite pharmacie pour les cas d'empoisonnements et appareils pour fractures. Jour et nuit, on y trouve un chirurgien avec les aides suffisants. Les postes, au nombre de 10, dont 4 principaux, sont répartis dans les divers quartiers. Les postes principaux possèdent une salle de 30 lits destinés aux blessés dont le transfert à l'hôpital est impraticable et une voiture d'ambulance toujours attelée. Tous les postes sont reliés entre eux par un téléphone, ce qui permet aux postes auxiliaires de réclamer du renfort aux postes principaux. Les chefs d'industrie sont invités à adresser leurs ouvriers blessés, immédiatement aux postes de secours et à en requérir une voiture en cas grave.

Les bons effets de la nouvelle institution n'ont pas tardé à se faire sentir. Auparavant, le nombre des ouvriers rentés pour invalidité ne cessait de croître d'année en année : 312 en 1891, 337 en 1892, 340 en 1893 tandis qu'en 1894 il est tombé à 249.

III. — La question du transport des malades dans les grandes villes devient d'autant plus urgente qu'au fur et à mesure de l'extension qu'elles prennent, des raisons tant financières qu'hygiéniques font reléguer les hôpitaux de plus en plus à la périphérie. Esmarch distingue en 3 catégories les individus auxquels doit s'étendre le transport : 1° les blessés; 2° les personnes atteintes de maladies contagieuses; 3° les malades ordinaires. Puis, il expose ce qui a été fait à cet égard aux Etats-Unis (à New-York, Philadelphie, Washington, etc.), en Autriche par les sociétés de sauveteurs volontaires de Vienne (depuis 1883) de Buda-Pesth, de Cracovie, de Prague, de Brunn et de Trieste; en France (Paris et Bordeaux); à Bruxelles; enfin en Allemagne (Leipzig, Hambourg, Berlin; dans cette dernière ville, les pompiers sont aussi secouristes (Samantacks).

Esmarch estime que dans les villes ne dépassant pas 40,000 habitants, où les distances sont faibles, les hôpitaux peu éloignés et les accidents peu fréquents, il suffit pour le transport d'avoir des civières déposées

Digitized by Google

dans quelques édifices publics et d'exercer les agents de police à ce service. Dans les villes plus importantes, il y aura avantage et économie à remiser les voitures d'ambulance dans les postes de secours contre les incendies qui disposent de chevaux et d'un personnel très facile à instruire; il sera bon d'installer des avertisseurs d'accidents comme on a des avertisseurs d'incendie, etc.

IV. — Meyer, qui traite la même question qu'Esmarch, conclut que le transport des malades dans les grandes villes doit être entre les mains de l'autorité municipale; que les voitures nécessaires doivent être remisées dans les hôpitaux, s'il s'agit de maladies contagieuses, et dans les postes des pompiers, pour les autres cas; que le transport des contagieux ainsi que celui des malades incapables de marcher ne doit pas être fait par des véhicules à l'usage du public; qu'après chaque transport voitures et conducteurs doivent être désinfectés ; que les voitures d'ambulance devront être munies d'un signal visible (drapeau) mais non bruyant (cloche); qu'elles doivent être éclairées et chauffées; qu'enfin le transport ne doit pas être subordonné à l'obligation de payement.

V. — A Paris, le service médical de nuit qui, en 1876, année de sa création, fit 3,616 visites, en a fait en 1894, 12,493.

VI. — Le conseil de salubrité de la Seine a décidé que des paquets individuels de pansement au sublimé, tels qu'ils sont en usage dans l'armée, seront déposés dans les 168 postes de secours et qu'il en sera remis aux agents de service la nuit dans les quartiers excentriques.

VII à IX. — En 1894, 831 personnes ont reçus des soins dans les postes de police, de sapeurs-pompiers, de la garde républicaine, de l'octroi ou des cimetières parisiens, 177 pour indisposition ou maladie, 131 pour plaies de tête, 55 pour accès épileptiques, 8 pour accouchements, 8 pour tentatives de suicide, 11 pour luxations, 6 pour fractures, etc. Les blessures avaient été causées 158 fois par la profession, 156 fois par des rixes, 146 fois par une chute accidentielle, 139 fois par des voitures, 91 fois par l'ivresse, 70 fois par des chevaux, 47 fois par des agressions, 20 fois par des vélocipèdes et 4 fois par des morsures de chiens. En 1895, 611 individus ont reçu des soins dans les différents postes de Paris, 115 dans les ambulances provisoires établies à l'occasion de fêtes (mi-carême, bals de l'Hôtel-de-Ville, foire au pain d'épices, 14 juillet, courses du grand prix, obsèques de Pasteur) et 640 ont été transportés sur brancards à leur domicile ou à l'hôpital, 181 avaient des plaies de la tête, 159 des plaies d'autres parties, 13 des fractures, 12 des luxations, 12 des attaques d'épilepsie, 8 avaient tenté de se suicider, etc. Les blessures avaient été causées 115 fois par la profession, 87 par une rixe, 80 par une chute accidentelle, 59 par l'ivresse, 26 par des attaques nocturnes, 21 par des voitures, 8 par des chevaux, 2 par des vélocipèdes, etc. Les soins ont été donnés 209 fois le jour et 250 fois la nuit. Les postes de la banlieue ont secouru 30 individus pour maladies ou blessures et 17 noyés sur lesquels 1 seul, un enfant de 6 ans est mort.

X et XI. — Les 15 pavillons de secours aux noyés situés dans Paris ont reçu, en 1894, 470 individus dont 212 s'étaient noyés volontairement, 178 accidentellement et 77 par ivresse, 80 avaient moins de 10 ans et 131 moins de 20 ans; 10 n'ont pu être rappelés à la vie. Parmi ceux qu'on a ranimés, 1 était resté sous l'eau 20 minutes et 8 pendant 10 mi-

Digitized by Google

nutes. Les postes de la banlieue ont secouru, d'autre part, 17 noyés dont 5 n'ont pu être rappelés à la vie.

En 1895, 429 submergés ont été apportés dans les pavillons : pour 179, la submersion était volontaire, pour 245 involontaire et pour 5 due à l'ivresse, 327 étaient du sexe masculin et 102 du féminin, 416 sont sortis sains et saufs ; 7 n'ont pu être rappelés à la vie et 6 étaient morts avant d'arriver dans le pavillon. Parmi les survivants, 7 avaient séjourné 10 minutes sous l'eau. La traction de la langue a été employée chez 14 ; elle n'a réussi que chez les 7 qui n'étaient restés que pendant quelques secondes sous l'eau et a échoué chez les 7 autres dont la submersion avait duré de 4 minutes à 1 heure 25 minutes. J. B.

Amtliche Mittheilungen aus der Jahresberichten der Gewerbeaufsichtsbeamten XIXe Jahrgang (1894) (*Hyg. Rundsch., VI, p. 173*).

Travail des enfants. — L'influence de la nouvelle loi de 1891 se fait sentir ; en 1894 il y avait 1652 enfants de moins qu'en 1893 dans les manufactures. Dans les pays où, comme en Prusse, la fréquentation de l'école est obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans révolus, les enfants ont presque entièrement disparu de l'industrie manufacturière, tandis que le progrès est moins sensible dans ceux où, comme en Bavière, la fréquentation des écoles n'est obligatoire que jusqu'à 13 ans. D'ailleurs les inspecteurs des fabriques se plaignent que les garçons au-dessous de 14 ans soient exclus des manufactures parce que bon nombre d'entre eux sont entrés dans les petits métiers ou dans les industries domestiques que la loi n'atteint pas.

Travail des adolescents. — En 1894 on en comptait 213,974 soit 5,897 de moins que l'an précédent, mais le nombre des établissements qui en emploient a augmenté de 159.

Travail des femmes. — Il y avait, en 1894, 213,974 ouvrières au-dessus de 16 ans, soit 17,238 de plus qu'en 1893 ; mais le chiffre des femmes occupées dans les mines a baissé de 689.

Durée du travail. — Elle est excessive dans les briqueteries, les moulins à eau, les scieries et les sucreries.

Maladies professionnelles. — La santé des ouvriers des fours à distiller le zinc est mise en péril par des causes multiples : soulèvement de poids très lourds ; rayonnement considérable de chaleur contrastant avec des courants d'air frais ; fumée ; poussières ; gaz (CO et SO^2) ; vapeurs de zinc et de plomb ; tout cela explique que ces ouvriers deviennent précocement infirmes.

Dans les fabriques de briquettes de houille, on note les mêmes ophtalmies et dermatites que parmi les chauffeurs de navires et le personnel des locomotives qui se servent de briquettes pour alimenter leurs foyers et que parmi les ouvriers paraffineurs.

Le polissage des agates dans lequel les ouvriers sont couchés sur le ventre, entraîne un développement défectueux du thorax ; la moitié de ces ouvriers sont phtisiques. Dans deux ateliers de l'arrondissement de Trèves, avec l'aide financière de l'Etat, on a introduit le polissage dans la posture assise, beaucoup moins défavorable à la santé.

Digitized by Google

Il a été signalé dans l'année 20 cas de charbon professionnel, dont 5 mortels. J. BEX.

WEGNER. Gesundheitspolitzeiliche Maasregeln gegen Bleivergiftung (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVIII, p. 483, 1896*).

Wegener fait 4 catégories des sources d'intoxication plombique contre lesquelles des mesures prophylactiques sont nécessaires : 1° la métallurgie; 2° l'emploi industriel du plomb métallique ; 3° l'emploi industriel de ses composés; 4° le saturnisme d'origine alimentaire.

1° Dans l'industrie métallurgique, ni les mineurs, ni les trieurs, ni les cribleurs, ni les casseurs de minerai ne sont très exposés ; le danger est surtout pour les fondeurs.

Tandis que dans les usines du Harz, on compte 16 à 17 saturnins par an sur 100 ouvriers, en Bohême (à Pribram) il y en a seulement 3. A Tarnowitz (Haute-Silésie), sous l'influence des mesures hygiéniques, la morbidité saturnine est tombée graduellement de 41 en 1887 à 19 l'année suivante et à 6 en 1891.

2° Dans l'emploi industriel du plomb métallique et de ses alliages, la police sanitaire a un champ d'activité plus borné et une action moins directe pour prévenir les empoisonnements. Cependant on peut recommander aux tailleurs de limes et aux tailleurs d'ambre la substitution de supports en bois à ceux en plomb, celle de supports en étain pour les polisseurs de grents et de camées; les fonds en fer pour les métiers Jacquard, etc. Malheureusement on n'a pas encore pu trouver d'alliage indifférent convenable pour les fondeurs de caractères d'imprimerie. Propreté et précautions suffiront aux plombiers, couvreurs, miroitiers, typographes, grenailleurs, plombeurs de wagons, télégraphistes, facteurs d'instruments à vent qui tous s'intoxiquent surtout par le tube digestif.

3° Dans la préparation et les applications industrielles des composés de plomb, les mesures sanitaires sont beaucoup plus efficaces. La litharge intéresse les verriers, les peintres sur verre, les potiers, les fabricants de vernis pour meubles faux antiques, les teinturiers en crin. L'acétate, outre ses fabricants, intéresse les teinturiers, les ouvriers en papiers peints et les couturières dont la soie est souvent surchargée. La céruse est le plus important des composés plombiques, vu ses multiples emplois. W. croit difficile sa préparation par la voie humide ou par l'huile, à la fois pour les producteurs et les consommateurs. Chez les premiers, la céruse humide tient trop de place et est trop lourde à transporter. Il n'est pas plus possible de la remplacer par le blanc de zinc qui couvre moins; de plus la céruse reste indispensable pour les revêtements extérieurs (par exemple des navires). Il faut donc se borner à prescrire la fabrication en appareils clos de la céruse sèche.

Wegener n'estime pas justifiée l'exclusion systématique des adolescents et des femmes (sauf les enceintes), car généralement les jeunes ouvriers et les ouvrières résistent mieux aux effets délétères du plomb, mais il voudrait qu'avant leur admission, les ouvriers subissent un examen d'aptitude physique et qu'on exclue les enfants des saturnins de ces professions dangereuses.

4° La composition des alliages pour ustensiles et vases de ménage fut

Digitized by Google

réglée en Prusse jusqu'en 1813 par une ordonnance de 1693 dont l'exécution était contrôlée rigoureusement par le poinçonnement des objets. La loi d'empire du 25 juin 1887, en vigueur actuellement, prohibe les vases à manger ou à boire, les ustensiles culinaires et les mesures pour liquides, tout ou partiellement en plomb, ainsi qu'en alliages renfermant plus de 10 p. 100 de ce métal; elle prohibe également l'étamage intérieur avec un alliage contenant plus d'un centième de plomb et les soudures avec alliages à plus de 10 p. 100 en poids de plomb. Pour les pompes à bière, les siphons d'eaux gazeuses et les biberons, ne sont admis que les alliages ne renfermant pas au-delà de 1 partie de plomb p. 100 en poids. Il y a prohibition des poteries vernissées qui, après une demi-heure d'ébullition avec un vinaigre à 4 p. 100 lui cèdent du plomb. Les feuilles d'étain pour envelopper le tabac et le fromage ne doivent pas contenir plus d'une partie en poids de plomb sur 100. L'emploi de caoutchouc plombifère est interdit pour les embouchures de biberons, les anneaux à sucer les bouts de sein, les gobelets, les jouets et les conduites pour liquides (bière, vin, vinaigre). En outre, la loi d'empire du 5 juillet 1887 sur l'emploi de couleurs nuisibles dans la préparation des aliments, boissons et objets de consommation courante, règlemente la question en ce qui concerne les fards, les cosmétiques, les pains à cacheter, etc.

Wegener, comme mesures générales, voudrait que l'enseignement sur les dangers du plomb fut donné dès l'école professionnelle, que chaque ouvrier fut muni par le patron d'un livret populaire sur les périls de la profession et la prophylaxie. J. BEX.

Th. SOMMERFELD. Die Gesundheitliche Bedeutung des Staubes in gewerblichen Betrieben (*Hyg. Rundsch.*, *VII*, *p. 44*).

On peut distinguer les poussières industrielles en deux grandes classes : 1° les poussières indifférentes, nuisibles seulement par leur masse ; 2° les poussières nocives qui se subdivisent elles-mêmes en 3, selon que leurs propriétés délétères sont dues : *a*) à leur configuration; *b*) à leur composition chimique, ou *c*) à leur toxicité. Pour en faciliter l'étude, on peut dans chacun de ces groupes établir des catégories basées sur la nature organique ou inorganique des poussières qu'on répartit ainsi en métalliques, minérales, animales et végétales.

D'ailleurs, il ne nous est pas encore possible d'expliquer le caractère particulièrement dangereux de certaines poussières. C'est ainsi que la taille du grès est beaucoup plus nuisible pour les poumons des ouvriers que celle du granit et du marbre dont les poussières sont formées cependant d'éléments plus acérés.

Pour rechercher l'influence des poussières professionnelles sur le développement de la tuberculose pulmonaire, Sommerfeld a compulsé les registres mortuaires de 38 sociétés de secours mutuels berlinoises comptant un effectif total de 906,341 membres. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Digitized by Google

	Décès par phtisie sur 1,000 vivants.	Décès par phtisie sur 1,000 décès.
Métiers sans production de poussière.....	2,39	381
— avec — —	5,42	480
— avec poussière métallique.....	5,84	470,58
a) cuivre.....	5,31	520,5
b) fer.....	5,55	403,7
c) plomb.....	7,79	501
— avec poussière organique.....	5,64	537,04
— — minérale.....	4,42	403,43
Moyenne.....	5,16	478,9
Décès dans la population masculine de même âge, à Berlin..... ...	4,93	332,3

Dans ce tableau, les matières à poussière minérale n'occupent pas le premier rang, comme elles le devraient, parce que les tailleurs de pierre, les verriers et les porcelainiers ne sont pas représentés. S. a trouvé que, chez les tailleurs de pierre, sur 1,000 décès 893,3 sont dus à la tuberculose pulmonaire; chez les porcelainiers, le chiffre correspondant est de 600, chez les polisseurs de verres de 500 et chez les verriers de 375.

En revanche, parmi les houilleurs, la mortalité par phtisie est très faible :

	Mortalité générale pour 1,000.	Phtisie sur 1,000 houilleurs malades.	Phtisie sur 1,000 houilleurs morts.	Phtisie Sur 1,000 cas de maladie.	Phtisie Sur 1,000 décès.
Haute Silésie..	5,8	3,37	1,2	12	209
Saarbrück.....	7,6	9,34	2,3	15	288

J. BEX.

K:-J. DRZNIEWITCH. Influence du charbon sur la composition de l'air dans les espaces clos (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

1° Dans les espaces clos contenant du charbon, à la température de la chambre (au-dessous de 29° C.), la quantité d'oxygène diminue graduellement, parfois jusqu'à 0°, l'acide carbonique augmente jusqu'à 6 0/0, de même que les charbons hydrogénés légers, surtout le méthan (3 0/0); 2° si l'on élève la température de l'espace clos, la désoxygénation et l'accumulation d'acide carbonique et du gaz des marais sont plus rapides; 3° à des températures ne dépassant pas 40° C., on n'observe pas la présence de CO dans l'air; 4° l'anémie chronique et les affections aiguës apparaissant, chez les mineurs, sous forme de convulsions généralisées et locales dépendent principalement de la diminution de l'oxygène dans l'espace clos; de même chez les chauffeurs, la cause des accidents analogues réside dans le manque d'oxygène. H. FRENKEL.

Digitized by Google

J. OBERTHUR. Étude médicale sur les ouvriers des houillières; leurs affections des voies respiratoires : anthracose et tuberculose (*Thèse de Paris, 1897*).

L'hygiène du houilleur a été considérablement améliorée dans la seconde moitié de ce siècle, grâce surtout à la ventilation des galeries, aux soins de propreté mis à la portée des mineurs en quittant leur travail (chambres chaudes), à leur nourriture et à leur logement.

Cependant le mineur est encore assez souvent sujet aux maladies des organes respiratoires, surtout à cause des écarts de température auxquels il est exposé.

La poussière de houille semble être un facteur pathogène des plus négligeables; elle ne crée pas une affection particulière. On doit rapporter aux maladies chroniques des poumons et à la tuberculose, les troubles qu'on attribuait autrefois à l'action de la poussière de houille. L'anthracose n'est qu'un signe d'identité professionnel; ce n'est pas une maladie.

L'encombrement du parenchyme pulmonaire par le charbon entraîne seulement une gêne respiratoire, qui peut aggraver les lésions pulmonaires en cours d'évolution et nécessite l'éloignement des mineurs atteints d'affections pulmonaires, tant qu'ils ne sont pas complètement guéris.

La tuberculose pulmonaire est rare chez le houilleur, comme en témoignent les statistiques et les contrôles bactériologiques. La rareté de cette maladie est certainement due aux obstacles à la contagion qu'entraîne le milieu même dans lequel travaille le mineur, les produits d'expectoration rejetés sur le sol de la mine se trouvant enrobés dans une poussière de charbon humide et acide, essentiellement peu favorable à la conservation du bacille de Koch. H. BOURGES.

I. — STADELMANN. Ueber Schwefelkohlenstoffvergiftung (*Berlin. klin. Woch., p. 632, 13 juill. 1897*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*)

III. — SPRENGER. Ueber Vergiftungen durch Schwefelkohlenstoff bei Arbeitern einiger Gummiwaaren (*Hyg. Rundsch., VI, p. 1185*).

I. — L'intoxication professionnelle des ouvriers en caoutchouc vulcanisé par le sulfure de carbone n'a pas encore attiré l'attention des inspecteurs de fabriques en Allemagne. La question en est encore à la période d'observation clinique et le nombre des cas publiés est encore petit, bien que ces accidents ne paraissent pas rares, puisque Stadelmann en a eu à traiter 3 cas provenant d'une même fabrique.

II. — *S. Kalischer* a traité le premier malade de Stadelmann. Contrairement à ce dernier, il a constaté, avant l'admission à l'hôpital, des troubles sensitifs au niveau du radial et du médian droits ainsi qu'à la partie externe des faces antérieure et postérieure des deux cuisses. Plus tard, après la sortie de l'hôpital, l'examen de la sensibilité fournit de tout autres résultats : des zones symétriques d'hypalgésie, comme dans l'hystérie, sur les articulations métacarpo-phalangiennes des pouces, sur les paupières inférieures, aux deux côtés de la cloison nasale, sur les régions malléolaires interne et externe des pieds et sur les gros orteils. La moitié temporale des papilles optiques était complètement décolorée; ces vestiges d'une névrite rétro-bulbaire non entièrement guérie remontent à huit ans, époque où le malade était, grâce à

Digitized by Google

ses troubles visuels, hors d'état de sortir dans la rue et ne reconnaissait pas les couleurs. Actuellement, l'acuité visuelle est d'ailleurs affaiblie ; elle est de 1/3 à droite et de 5/6 à gauche, mais il n'y a pas de scotome central pour les couleurs. Avant son entrée à l'hôpital cet homme eut passagèrement un rétrécissement du champ visuel coloré, qui est encore un signe d'hystérie. Sous le rapport psychique, il y a une hypocondrie marquée. Les réflexes rotuliens sont toujours exagérés, sans trépidation épileptoïde des pieds. Aucune ataxie. Absence du réflexe crémastérien, peut-être en rapport avec la diminution de puissance sexuelle existant depuis des années. Contractions fibrillaires et fasciculaires, surtout dans le vaste interne, le grand droit fémoral et les gastranémiens. Tremblement, cachexie, réactions électriques toujours normales.

Stadelmann n'est pas surpris que K. ait constaté sur son malade d'autres troubles que lui, car l'alternance des symptômes est précisément caractéristique de l'empoisonnement chronique par le sulfure de carbone.

Quant à l'opinion française, qui impute à l'hystérie une partie des accidents, St. ne saurait l'admettre.

Krönig a pu suivre jusqu'à la mort et faire l'autopsie d'un cas de cette intoxication professionnelle. Des examens répétés du sang de ce malade ne lui ont révélé qu'un peu de pâleur des hématies qui étaient diminuées de nombre, sans trace de processus de destruction, ni même de poikilocytose.

Bernhardt pense que le sulfure de carbone empoisonne d'une double façon les ouvriers : 1° L'action directe de ses vapeurs sur la peau produit des anesthésies ; 2° son introduction par les voies respiratoires et digestives occasionne des symptômes centraux. Comme l'oxide de carbone, il peut affecter les nerfs périphériques et déterminer des névrites dégénératrices et des paralysies. Enfin, Bernhardt admet, pour un certain nombre de faits, la manière de voir française, de l'éveil d'une hystérie à l'état de prédisposition, car la rapidité de guérison indique bien qu'on a affaire alors à des troubles fonctionnels.

III. — A la suite du travail de Stadelmann, le préfet de police de Berlin a chargé Fernandez-Krug et Hampe d'analyser l'atmosphère de deux ateliers de vulcanisation. L'atmosphère du premier, dans lequel les fenêtres étaient ouvertes et un ventilateur fonctionnait, contenait, par litre, 5 milligrammes et 10 dixièmes de sulfure de carbone au-dessus du récipient. Dans le second, malgré une énergique ventilation à la fois naturelle et artificielle, à la hauteur de tête, au-dessus du récipient à vulcaniser, il en existait 2 milligrammes et 9 dixièmes par litre et 119 milligrammes à 5 centimètres au-dessus de la table de travail sur laquelle étaient étendus, pour égoutter, les objets retirés du bain. On n'a constaté ni chlorure de soufre ni acide chlorhydrique. Le séjour dans les séchoirs est encore plus insalubre parce que, grâce à la température voisine du point d'ébullition du sulfure de carbone, la vaporisation de ce dernier est activée.

J. BEX.

EYFF. Der Verkehr mit Lumpen vom Sanitätspolizeilichen Standpunkt (*Zeitschr. f. Hyg., XXI*).

Dans la série d'opérations que subissent les chiffons pour être trans-

Digitized by Google

formés en papier ou en laine artificielle, la santé des ouvriers peut être menacée de différentes façons :

1° Par action mécanique des poussières pendant le triage des chiffons ;

2° Par agents infectieux contenus dans les poussières ;

3° Par impuretés gazeuses de l'air et par mauvaises odeurs occasionnées par des chiffons encore frais et humides ;

4° Par blessures et accidents dans le travail.

Mesures prophylactiques. Contre les poussières et les effluves gazeuses, Eyff demande qu'autant que possible les chiffons soient lavés avant d'être vendus aux commerçants ou tout au moins que, pendant leur triage les poussières soient entraînées par des aspirateurs placés au-dessus et au-dessous des tables criblantes ; que les ateliers soient aérés naturellement ou artificiellement suivant les besoins ; qu'ils soient spacieux et secs de même que les entrepôts. A raison des odeurs, le commerce des chiffons doit être relégué hors de ville. On restreindrait considérablement les dangers d'infection, si on ne tolérait que l'achat de chiffons lavés et bouillis.

Une désinfection ultérieure par la vapeur ou les agents chimiques est très difficile et coûteuse, par conséquent impraticable. J. B.

THOREL. Die Speckstein lunge (Pneumokoniose par le talc) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XX, p. 84*).

Comme dans les autres endroits à poussières, la poussière de talc, dans les fabriques où on l'emploie se dépose dans le poumon. Le cas publié par Thurel n'est pas un cas pur, puisque le dépôt de talc dans le poumon se complique de tuberculose, d'anthracose et de sidérose.

C. LUZET.

PALOZZI. Desinfektion durch Räucherung (*Annali d'ig. sperim., 1895, et Hyg. Rundsch., VII, p. 39*).

Bien que les propriétés anti-putrides de la fumée provenant de la combustion du bois soient connues de toute antiquité, ce n'est que tout récemment qu'on en a expérimenté l'action désinfectante. Serafini et Ungaro, qui ont fait des expériences de conservation et de stérilisation de la viande par le fumage, ont conclu que si la fumée de bois a des propriétés germicides, elles sont insuffisantes pour désinfecter la viande. Ces propriétés sont dues à des produits goudronneux volatils et à l'acide carbonique.

Palozzi a repris ces expériences, sur une plus grande échelle, dans le but d'assainir l'atmosphère d'un local clos, une pièce à rez-de-chaussée, de la capacité de 50 mètres cubes, ayant deux fenêtres et une porte. Pour produire de la fumée, il se servait de 3 kilogrammes de sciure de bois de différentes espèces et, le cas échéant, répétait les fumigations au bout de 12 heures.

Il plaçait aussi loin que possible du foyer de combustion : 1° des staphylocoques pyogènes dorés, des bacilles colique, diphtéritique, tuberculeux et charbonneux, ainsi que des spores du charbon, dont les cul

Digitized by Google

tures imprégnant des fils de soie étaient exposées à la fumée; 2° des germes pathogènes étendus sur des étoffes; 3° du pus, des membranes diphtéritiques et des crachats tuberculeux; 4° des germes atmosphériques; 5° de la poussière du plancher et des meubles.

Il a constaté que la fumée détruit non seulement tous les germes pathogènes, suspendus dans l'air, adhérant à la surface des étoffes et des parois, ou nichés dans une fente, mais qu'elle exerce aussi ses effets antiseptiques sur les produits morbides. Le staphylocoque est tué en une demi-heure, les bacilles diphtéritique et charbonneux en une heure, les bacilles tuberculeux et colique en deux heures, les spores du charbon en huit heures, lorsqu'elles sont à la superficie des parois, et dans un temps double, quand elles sont dans des fentes.

P. conclut que la fumée dépasse en efficacité tous les agents gazeux employés jusqu'ici à la désinfection atmosphérique. Elle est comparable, comme valeur, au formaldéhyde sur lequel elle a l'avantage de pouvoir être employée, en tous lieux et en toutes circonstances, sans grandes dépenses.

Pour que les fumigations agissent, il faut les prolonger 36 heures au moins et les renouveler au bout de 12 heures; clore hermétiquement le local; humecter un peu la sciure de façon à obtenir une fumée blanche ne noircissant pas les murs et le mobilier. En raison de sa simplicité et de son bon marché, ce procédé de désinfection conviendrait pour les wagons de chemins de fer et les écuries. J. BEX.

F. AHLFELD. Die Heisswasser-Alkoholdesinfection und ihre Einführung..... (La désinfection des mains par l'emploi combiné de l'eau chaude et de l'alcool : son introduction dans la pratique générale) (*Deutsche med. Woch., p. 113, 18 fév. 1897*).

Tandis que les mains expérimentées arrivent par cette méthode à se stériliser dans la proportion de 99 0/0, les mains des personnes moins initiées donnent une proportion de 98 0/0 pour le doigt seul, de 87 0/0 pour la main tout entière.

Au point de vue pratique, aucune méthode de désinfection des mains (sublimé, acide phénique, crésol) ne donne une sécurité pareille; on peut, avec une certaine habitude, se passer de l'alcool, mais pour la pratique générale, l'eau chaude non suivie de l'immersion dans l'alcool est insuffisante. Les inconvénients sont : le danger d'incendie, l'action irritante sur la peau du chirurgien que l'on peut éviter en graissant le doigt avec de la glycérine immédiatement après l'intervention et enfin la rapide dessiccation de l'alcool. Comme on ne doit employer aucun corps lubréfiant il faut en sortant la main du bain d'alcool tenir le doigt recouvert de la flanelle qui a servi à la friction jusqu'au moment de l'introduction dans les parties génitales; quand il s'agit d'introduire la main, il faut avoir à sa disposition un flacon de crésol savonneux. H. DE BRINON.

ALPERS et MURRAY. Widal's test for typhoid germ supplied to suspected water (*Amer. med. surg. Bull., 10 juin 1897*).

Une épidémie de typhoïde ayant éclaté à Albany, des échantillons

Digitized by Google

d'eau furent pris dans l'Hudson, soit en amont, soit en aval, soit dans son parcours à travers la ville. Ces échantillons furent traités par le procédé de Widal, qui révéla la présence du bacille typhique dans l'eau provenant des fontaines urbaines et du fleuve en aval. CART.

A. BAGINSKY. Zur Hygiene der Bassinbäder (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 16*, *p. 350*, *19 avril 1897*).

Avec l'aide de son assistant Sommerfeld, Baginsky a continué ses recherches bactérioscopiques sur l'eau des piscines de Berlin (*R. S. M.*, XLIX, 540). Un premier résultat singulier, c'est que dans un établissement des mieux tenus, l'eau provenant d'un puits de la nappe profonde et par conséquent à peu près stérile, était infectée de germes pathogènes une fois dans la piscine avant que celle-ci eût reçu des baigneurs. C'est là une preuve que le nettoiement des piscines, ainsi qu'il se pratique habituellement, laisse à désirer. Avec le nombre des baigneurs et l'ancienneté de l'eau employée, l'infection microbienne va constant ; parmi ces germes, se trouve, en outre du bacille colique qui est le plus commun, le protée vulgaire, des coques et des levures. L'état de choses est un peu amélioré lorsque l'eau du bain est remplacée partiellement par un afflux continu d'eau propre ; néanmoins l'augmentation du chiffre des microbes reste encore considérable. J. BEX.

I. — M. RUBNER. Apparat zur Demonstration der Luftdurchgäagigkeit von Kleidungstoffen (*Arch. f. Hyg.*, *XXVII*).

II. — Le même. Sphärometer mit variirter Belastung (*Ibid.*).

III. — Le même. Apparat zur Demonstration der Kompressirbarkeit der menschlichen Bekleidungsstoffe (*Ibid.*).

IV. — Le même. Die Komprimirbarkeit der Kleidungsstoffe imftrockenern Zustande und bei Gegenwart von Feuchtigkeit (*Ibid.*).

V. — Le même. Ueber einige physikalische Eigenschaften der Kreppstofie (*Ibid.*).

VI. — Le même. Notiz über die hygienische Bedeutung von Sammelstoffen (*Ibid.*).

I. — Pour rendre sensibles à ses auditeurs la perméabilité des étoffes vestimentaires à l'air et les variations qu'elle subit suivant leur épaisseur ou leur nature, Rubner se sert dans ses cours d'un certain nombre de bec de gaz disposés parallèlement sur un support ; dans le tuyau d'amenée de chacun d'eux est interposée une boite contenant l'étoffe tendue sur un anneau. Selon que l'étoffe est plus ou moins perméable elle se laisse traverser par une quantité plus ou moins grande de gaz et la flamme du brûleur est plus ou moins claire.

II. — Jusqu'ici, pour évaluer l'épaisseur des étoffes de vêtements, on en était réduit à l'emploi du cathétomètre qui est assez délicat. R. y substitue un appareil de son invention, le sphéromètre, dont les parties essentielles sont une vis micrométrique et deux plaques de métal entre lesquelles on introduit l'étoffe. La position O de la plaque supérieure est indiquée par celle d'un index, et la position O de la plaque inférieure par

Digitized by Google

l'échelle de la vis micrométrique; la sensibilité de l'appareil s'étend jusqu'à 4 millimètres. Au moyen d'un poids qu'on relie à l'index, on peut soumettre l'étoffe à un certain degré de compression et par conséquent en déterminer exactement le degré d'élasticité.

III. — Pour démontrer la compressibilité et l'élasticité des étoffes vestimentaires, Rubner a imaginé l'appareil suivant : Un support présente sur l'un de ses côtés une échelle avec aiguille qui peut se déplacer sous l'action d'un poids mobile et de l'autre côté un seau minuscule qui reçoit l'étoffe à examiner; sur celle-ci on applique une plaque qu'on charge avec les poids convenables et qui est reliée au poids mobile.

IV. — La compressibilité des étoffes, d'où résulte leur mollesse si appréciée au point de vue des aises, est excessivement inégale; elle dépend moins de leur matière première que du travail que celle-ci a subi. A l'aide de son sphéromètre, R. a étudié les différentes étoffes pour vêtements à l'état sec et à l'état humide. D'une manière générale, il y a une sorte de parallélisme entre leur poids spécifique et leur compressibilité; le crêpe de laine fait toutefois exception, car malgré son poids spécifique plus considérable, il est plus compressible que la flanelle de laine. La compressibilité des étoffes est généralement supérieure à l'élasticité du caoutchouc. La laine est plus molle que la soie qui offre elle-même moins de résistance à la compression que le coton. Les étoffes humides sont en général moins compressibles que les sèches, mais il y a des exceptions; c'est ainsi que les divers tissus de soie sont aussi compressibles à l'état humide qu'à l'état sec. Beaucoup d'étoffes, telles que le cachemire, la toile, augmentent notablement d'épaisseur après avoir été mouillées et gardent ce surcroît d'épaisseur quel que soit le poids dont on les charge. Il s'agit là d'un phénomène d'imbibition de leurs fibres, car les étoffes enduites d'huile ne le présentent pas. On comprend, sans qu'il y ait besoin d'insister, que cette augmentation d'épaisseur influe à son tour sur le pouvoir conducteur du calorique des vêtements et sur la quantité d'air qui les traverse.

V. — Les tissus crêpés donnent des étoffes légères, élastiques et aisées; le crêpe de soie renferme beaucoup plus d'air que le tricot et, sous le rapport de la compressibilité, les étoffes en crêpe de laine dépassent, à l'état sec, la flanelle. Les étoffes crêpées laissent également mieux passer la chaleur que les étoffes lisses, les tricots et les flanelles. Le crêpe est toujours moins chaud que la matière première qui a servi à le fabriquer; cela tient à ce que ses plis, ses fibres sont perpendiculaires à la peau. Une minime capacité pour absorber l'eau est relativement favorable; c'est ce qui constitue un avantage des tissus tricotés; le volume des pores remplis d'eau est de 16,4 0/0 avec la soie, tandis qu'il s'élève à 23,6 avec le coton. L'augmentation de conductibilité du crêpe humide est plus considérable que pour la flanelle de laine, presque égale à celle du tricot de laine et très inférieure à celles des étoffes lisses de coton et de toile. Quelle qu'en soit la matière première, les tissus crêpés se rapprochent beaucoup les uns des autres, quant à leur légèreté et leur aptitude à retenir l'air. En ce qui concerne leur facilité à laisser passer la chaleur, les crêpes se placent entre la flanelle de laine et le tricot de laine, mais certains ne sont guère supérieurs au tricot de coton.

Digitized by Google

VI. — Les velours de soie ou de coton se comportent comme les crêpes sous le rapport de la conductibilité du calorique. Le velours de soie est aussi bon conducteur que la laine ou le cachemire, celui de coton à peu près aussi conducteur que le tricot de coton et un peu plus mauvais conducteur que le tricot de toile. J. BEX.

KNOFF. Are sanatoriums for consumptives a danger for the neighbourhood? (*Med. Record, 3 oct. 1896*).

Non, répond K. Il ressort en effet de travaux statistiques faits à Goerbersdorf, le plus ancien des sanatoria pour tuberculeux, que la maladie exerce de moins en moins de ravages parmi les populations ambiantes, la doctrine de la contagion ayant fait et faisant prendre des mesures prophylactiques et hygiéniques des plus utiles. CART.

KOCH. Recherches faites à Kimberley pour combattre la peste bovine (*Centralbl. f. Bakt., XXI, p. 526*).

Le contage de la peste bovine existe dans le sang des animaux atteints ; il s'y trouve à l'état de pureté, au moins au début de la maladie, contrairement à ce qu'on observe pour les produits de sécrétions où se trouvent toujours en même temps des microbes d'infections secondaires. Pour transmettre sûrement aux animaux de laboratoire la peste bovine, sans infection secondaire, c'est donc du sang d'animal atteint qu'il faut leur inoculer, comme le prouvent les expériences faites par Koch. Elles démontrent aussi que la bile des animaux atteints ne renferme pas le contage.

Toutes les tentatives de l'auteur pour déterminer la nature de ce contage soit par l'examen microscopique, soit par les cultures sont jusqu'ici restées sans résultat.

Les essais faits pour tenter de diminuer la virulence du contage en le faisant passer par l'organisme de différents animaux, dans le but de trouver une méthode d'immunisation ont donné les résultats suivants : le mouton mérinos et le mouton du Cap exagèrent sa virulence ; des passages répétés à travers l'organisme de la chèvre la diminuent lentement au contraire.

100 centimètres cubes de sang d'animal atteint de la peste, desséchés pendant quatre jours à 31° centigrades peuvent être impunément injectés à un autre animal ; mais celui-ci n'acquiert ainsi aucune immunité vis-à-vis d'une nouvelle injection de sang frais d'animal atteint de peste bovine.

Les animaux guéris d'une première atteinte de peste bovine peuvent supporter impunément une inoculation semblable. L'auteur a recueilli du sérum d'un de ces animaux ainsi immunisés et en a injecté 100 centimètres cubes à un animal « neuf » ; le lendemain il lui inoculait sous la peau un demi-centimètre cube de sang d'animal atteint de la peste bovine. Au bout de six jours l'animal était bien portant et on lui inocula 1 centimètre cube de sang pesteux sans accident consécutif.

Digitized by Google

Un autre animal, dans les mêmes conditions, supporta impunément l'inoculation d'une grande quantité de sang pesteux. Le sérum des animaux ayant résisté à une première atteinte possède donc un certain pouvoir vaccinant, mais il est faible, car il faut 100 centimètres cubes de ce sérum pour mettre un animal à l'abri d'une inoculation d'une petite quantité de sang pesteux.

En immunisant plusieurs animaux pendant quatorze jours avec un mélange de sérum d'animal guéri de la peste et de sang virulent, Koch leur a permis de supporter impunément l'inoculation de 20 centimètres cubes de sang pesteux, c'est-à-dire une dose 10,000 fois mortelle. Le sérum des animaux ainsi immunisés est plus actif que celui des animaux simplement guéris de la peste, et il suffit de 20 centimètres de ce sérum pour vacciner un animal.

On peut encore immuniser les animaux bien portants avec la bile de bêtes ayant succombé à la peste, au moyen d'une seule injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes. L'immunité ainsi conférée est complète après dix jours et elle se prolonge assez longtemps pour qu'on puisse même après quatre semaines, inoculer sans accident aux mêmes animaux 40 centimètres cubes de sang pesteux.

En résumé, pour éteindre le fléau, le sérum antipesteux doit être employer à vacciner les animaux dans les régions qui ne sont pas encore atteintes par la peste.

Dans les endroits déjà infectés on emploiera la bile d'animaux ayant succombé à la peste, pour immuniser les animaux encore indemnes.

H. BOURGES.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

J. WOOD. A case of paralysis of the sixth nerve followed by diplegia, recovery (*Brit. med. Journ., p. 846, 3 avril 1897*).

Garçon de 18 ans, de race arthritique, sans syphilis héréditaire ni acquise, Début graduel d'une diplopie présentant tous les caractères d'une paralysie de la sixième paire droite. Aucune modification malgré le traitement ioduré. Huit jours après, fourmillements et engourdissement du pied gauche, et, le lendemain hémiplégie incomplète des deux membres gauches, y compris la face du côté correspondant. L'hémiplégie faciale n'intéresse pas les orbiculaires des paupières ni le frontal.

Cette hémiplégie, qui, associée à la paralysie de la 6e paire, impliquait une lésion protubérantielle, ne dure que cinq jours et disparaît graduellement. Mais au bout d'une quinzaine de jours de nouveaux symptômes apparaissent. Le malade éprouve de la dysphagie et de la difficulté à articuler les mots, il a de la paralysie du voile du palais et du nasonnement. Le lendemain, une hémiplégie faciale droite, semblable à celle qui avait existé à gauche, se prononce, avec paralysie croissante de la langue. Aucun trouble de la sensibilité, pas de névrite optique.

Digitized by Google

Cet état de choses dure près d'un mois, avec phénomènes très nets de paralysie bulbaire, limité au pharynx et à la face, peut-être aussi au larynx, mais sans envahissement des membres. Puis, progressivement, tous les symptômes disparaissent et la guérison survient au bout de deux mois. Pendant toute la durée de la maladie, traitement ioduré intensif.

L'auteur discute l'hypothèse d'une névrite périphérique, d'une poliomyélite, d'une artérite syphilitique ou rhumatismale. Le seul point indubitable est la localisation bulbo-protubérantielle. H. R.

Blaikie SMITH. Auditory aphasia with amnesia (*Brit. med. Journ., p. 842, 3 avril 1897*).

L'auteur rappelle que l'aphasie auditive, ou surdité verbale, correspond à la destruction plus ou moins complète de la moitié postérieure de la première circonvolution temporale gauche. Elle se traduit par l'impossibilité de comprendre le langage parlé, bien que la perception des sons persiste. En même temps se perd la faculté de produire le langage ; l'agraphie est également fréquente, mais les malades peuvent copier l'écriture, parce qu'ils n'ont pas de cécité verbale et qu'ils comprennent la valeur des signes écrits. Enfin la faculté musicale est perdue ou diminuée.

Tous ces phénomènes existaient chez un sujet dont Blaikie Smith rapporte l'histoire en détail. Le 11 février, cet individu est frappé d'une attaque qui détermine dans son hémisphère gauche un foyer d'hémorragie ou de ramollissement et donne lieu à des symptômes d'aphasie auditive et visuelle, en même temps qu'à de l'agraphie : il ne peut plus comprendre le langage, ni parler, ni écrire, ni lire. Au bout de quelques jours, l'agraphie et l'aphasie visuelle disparaissent ; mais l'aphasie auditive persiste, témoignant de la présence d'une lésion localisée au centre auditif seul. Le sens musical de cet individu, d'abord perdu, revient graduellement ; et finalement la plupart des signes d'aphasie auditive finissent, lentement, par disparaître. H. RENDU.

Louis MURAT. De l'encéphalite aiguë primitive à forme hémorragique (*Thèse de Lyon, 1897*).

L'encéphalite hémorragique est la forme typique des encéphalites primitives aiguës non suppurées, dont l'encéphalite hyperplastique de Hayem et la polio-encéphalite de Wernicke ne sont que des variétés. Son étiologie, le plus souvent obscure, est, dans certains cas, la grippe. Dans sa symptomatologie on distingue une phase prodromique commune aux maladies infectieuses, une phase d'excitation (délire, contractures et crises jacksoniennes) et une phase terminale de coma et de paralysies. La maladie, de durée moyenne de 15 jours, est grave sans être funeste ; la guérison s'observe dans un tiers des cas par une convalescence lente. L'affection paraît rare (59 observations connues) parce qu'elle n'est pas encore bien dégagée des encéphalopathies infectieuses et des méningites curables. H. FRENKEL.

Digitized by Google

Ch.-W. BURR. A case of tactile amnesia and mind blindness (Cécité verbale) (*Journ. of nervous and mental diseases, p. 259, 1897*).

Femme de 60 ans, entre à l'hôpital pour troubles de la vue. L'examen des yeux fut négatif. Quoiqu'en général elle soit peu communicative, sa parole ne laisse rien à désirer. Pas de paralysie, mais elle bute un peu en marchant. Elle n'a jamais su écrire. Pas de troubles de la sensibilité. Elle ne peut par le toucher reconnaître les objets, bien qu'elle se rende compte de quelques-uns de leurs caractères, on lui donne des ciseaux, elle ne les reconnaît pas, mais en lui demandant si c'est un couteau elle répond que cela peut être, car c'est un instrument piquant; elle reconnaît des pièces de monnaie, mais sans distinguer leur valeur; elle boutonne ses vêtements, et quand on lui met dans la main un bouton ne sait ce que c'est. Quand elle marche, bien que prétendant ne pas voir, elle évite les obstacles; elle pouvait indiquer la forme et la couleur des objets mais non leur nature.

L'auteur a pu examiner une malade de Weir-Mitchell présentant des symptômes très analogues. Il pense qu'il s'agit là d'une amnésie particulière, et que suivant toute probabilité il existe dans le cerveau des territoires spécialement destinés à la réception des images tactiles tout comme pour la réception des images visuelles ou auditives.

PIERRE MARIE.

C. ALLAN. A case of complete aphœmia of nine weeks duration; sudden recovery through an accident (*Brit. med. Journ., p. 328, 6 fév. 1897*).

Homme de 34 ans, sans antécédent pathologique. Après avoir causé avec un ami, il se sent faible de la jambe gauche et marche difficilement; arrivé chez lui, il ne peut articuler aucune parole, tout en écrivant parfaitement. Langue sale, difficile à projeter au delà de l'arcade dentaire, dysphagie. Pouls dur; battements du cœur accentués, le second surtout. Aucune altération de la sensibilité, mais hémiplégie gauche, surtout marquée à la jambe et au bras.

Intelligence absolument nette : il répond en écrivant sur une ardoise, peut lire en comprenant ce qu'il lit, etc.

Six jours après, il commence à dire la monosyllable *ya*. La paralysie motrice s'améliore et au bout de 15 jours il reprend son travail. L'aphasie persiste.

Deux mois après, il fait une chute de six pieds de haut sur la tête, et au moment de la chute se met à parler spontanément; depuis, la parole est revenue, mais plus lente et un peu embarrassée.

Le diagnostic de ce cas est douteux. L'auteur ne croit pas à de l'hystérie, et les autres hypothèses, hyperémie, hémorragie, thrombose, ne rentrent pas dans le cadre des symptômes cliniques de ce malade H. RENDU

Alfred MANTLE. Motor and sensory aphasia (*Brit. med. Journ., p. 325, 6 fév. 1897*).

Homme de 41 ans, artiste; syphilis possible, non certaine; neuf ans auparavant, légères attaques épileptiformes : à la suite de l'une d'elles, aphasie momentanée et hémiplégie droite qui disparaît en 3 mois, mais laisse à sa suite des maux de tête fréquents.

Le 29 octobre 1892, pendant la nuit, attaque non perçue; le lendemain matin, il est totalement aphasique, avec parésie droite incomplète; il peut encore écrire lentement; son intelligence est intacte, il souffre beaucoup de la partie

Digitized by Google

postérieure de la tête. Les jours suivants, l'hémiplégie devient complète et intéresse à la fois le mouvement et la sensibilité ; il s'y joint une contracture limitée du bras droit. A gauche, diminution de la motilité et de la sensibilité, sans paralysie.

A partir de la 3e semaine, les phénomènes paralytiques s'amendent, mais, le 19 janvier survient de la surdité et de la cécité progressives, sans lésions du fond de l'œil, et de la dysphagie. Pendant 10 jours, la perte de la vision est absolue, elle revient partiellement, puis un travail de réparation parallèle se fait du côté de l'ouïe qui revient vers les premiers jours de février. Le 9, apparaissent les premiers signes du retour de la motricité du langage et il prononce quelques mots. La surdité verbale persiste, mais il comprend par les mouvements des lèvres quand on lui parle. Dans les mois de mars et d'avril, il réapprend à parler et épèle les mots qu'on lui répète et dont il retient le son. La mémoire des mots lui manque encore et il y supplée par la pantomime ou le dessin.

A partir de ce moment. il guérit lentement de sa cécité verbale et retrouve petit à petit le mouvement de ses membres, mais la parole ne revient que très lentement, en avril de l'année suivante. La faculté de dessiner est revenue relativement vite, mais non celle de peindre : la notion des couleurs lui manque et ce n'est qu'à la 4e année qu'il a pu saisir les nuances et distinguer les couleurs complémentaires.

Contrairement à la loi de Lichtheim, dans ce cas l'aphasie sensorielle fut améliorée avant l'aphasie motrice.

L'auteur interprète cette observation de la façon suivante : thrombose de l'artère sylvienne, impliquant d'abord le centre moteur de la parole puis ceux de la langue et des lèvres, puis le centre auditif (1re circonvolution temporo-sphénoïdale gauche), celui de la cécité verbale (1re circonvolution temporale) et enfin la région occipitale. Le malade a eu, en effet, de l'hémianopsie, puis de l'amaurose certainement corticale, puisqu'il n'y avait pas de lésion du fond de l'œil. H. RENDU.

W. ELDER. Agraphia and the question of existence of a spinal graphic centre in the cerebrum (*Brit. med. Journ., p. 271, 30 janv. 1897*).

L'agraphie se rencontre dans toutes les variétés d'aphasie auditive, visuelle, motrice et de conduction. Rien ne prouve l'existence d'un centre graphique cérébral. L'auteur pense que l'habitude et l'éducation développent le sens graphique au voisinage du centre des mouvements de la main droite, ce qui détermine les différences d'écriture de la main droite et de la gauche. Cette dernière est capable de tracer des caractères qui sont la copie de signes visuels ou mentaux, mais elle n'écrit pas, à proprement parler. L'auteur pense qu'il existe en réalité un centre graphique qui contient la mémoire graphique des lettres isolées ou combinées en mots grâce à un centre psychomoteur de la parole, lequel est situé dans la circonvolution de Broca et se trouve aussi en rapport avec le centre auditif, car l'épellation mentale précède chez nombre de gens la lecture et la représentation graphique des mots. Pathologiquement, ce centre se confond avec la circonvolution de Broca, de sorte que l'agraphie coïncide presque toujours avec la destruction de cette circonvolution, qui correspond à l'aphasie motrice. Les faits de Pitres, où l'aphasie motrice disparaît et où l'agraphie reste, sont dus à l'interception des fibres qui relient

Digitized by Google

la circonvolution de Broca et le centre graphique, et non pas à la destruction du centre graphique.

Byrom Bramwell discute cette manière de voir. Certains neuropathologistes admettent un centre séparé pour la parole écrite, dont la distinction donnerait lieu à l'agraphie isolée. Cette hypothèse n'est nullement démontrée ; il n'est pas sûr que le centre de la parole écrite diffère du centre psychomoteur des mouvements de la main. Jusqu'ici on ne connaît pas de fait clinique qui montre la destruction de la 2e frontale gauche, siège supposé du centre de la parole écrite, donnant lieu à l'agraphie seule. Dans tous les cas publiés d'agraphie il y a toujours simultanément aphasie motrice ou cécité verbale, souvent les deux à la fois. Il ne semble pas jusqu'ici qu'une personne atteinte de cécité verbale complète par lésion corticale puisse encore écrire. E. conclut, avec Déjerine, que le soi-disant centre graphique fait partie du centre psychomoteur du bras et de la main, et n'est pas un centre définitif et distinct. H. RENDU.

Mitchell CLARKE. Two cases in which the signs of the presence of an intracranial tumour were followed by recovery (*Brit. med. Journ.*, *p. 328*, *6 fév. 1897*).

1° Fille de 17 ans, se plaignant de céphalée, d'amblyopie et de vomissements depuis 3 mois ; antécédents tuberculeux. Attaque passagère de cécité subite, vertige, perte de mémoire et somnolence depuis 15 jours. Névrite optique double à l'ophtalmoscope.

Pendant le premier mois de son séjour à l'hôpital, elle se plaint constamment d'une céphalée frontale intense et de nausées ; continue à vomir sans cause et à jeun, et sa vue se perd progressivement. (Traitement : iodure de potassium, antipyrine et purgatifs).

Au bout de 3 mois, une amélioration réelle se produit. Les vomissements disparaissent, la céphalée devient intermittente, seule la vue reste mauvaise, mais la névrite avec gonflement de la papille a fait place à de l'atrophie du nerf optique. En mai, l'enfant sort guérie, avec une vision très faible.

2° Homme de 23 ans, entré le 8 novembre 1893 ; de race tuberculeuse. Cinq semaines auparavant, début par de l'incertitude de la marche, de l'hébétude, de l'affaiblissement rapide de la vue, allant jusqu'à la cécité presque absolue, enfin par des maux de tête persistants. Vomissements par intervalles.

On constate à son arrivée de la difficulté de la marche, un certain degré d'ataxie, mais point de paralysie ni de contracture, pas de troubles sensitifs ni sensoriel, à l'exception de la vue qui est très compromise ; névrite optique double et paresse des pupilles, vomissements, somnolence au point de ne pouvoir manger seul, gâtisme.

Le 28 novembre, une légère amélioration se produit et elle continue en décembre. Le 11 janvier, le malade commence à se lever et à marcher, il distingue la lumière ; la névrite optique a fait place à de l'atrophie papillaire. Les vomissements et la céphalée ont disparu. (Traitement : mercure, iodure à haute dose, glace sur la tête, puis toniques et huile de morue).

Dans les deux cas le diagnostic avait été : tumeur cérébrale, probablement tuberculeuse. Ce diagnostic est peut-être le vrai, malgré l'issue de la maladie, car Gowers a signalé des faits de ce genre, l'un vérifié quatre ans plus tard, après la guérison des accidents cérébraux, par Williamson (*Méd. chron.*, 7 sept. 1896, p. 406). H. RENDU.

Digitized by Google

STRUEMPELL. Ueber Störungen des Wortgedächtnisses und der Verknüpfung der Vorstellungen bei einem Kranken mit rechtseitiger Hemiplegie (Sur les troubles de la mémoire des mots et de l'association des idées chez un hémiplégique droit) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh.*, *IX*, *p. 397*).

Homme de 50 ans, pris en août 1894 d'une hémiplégie droite sans apoplexie, étudié deux ans plus tard, elle ne présente aucune trace d'aphasie motrice; comprend les questions qui lui sont posées sur des sujets ordinaires mais a besoin pour cela de concentrer fortement son attention, notamment ne comprend pas quand on lui parle sans avoir l'air de s'adresser à lui ; parfois ne comprend pas les mots dont il n'a pas l'habitude.

Le trouble le plus prononcé chez lui c'est l'*amnésie psycho-associative* qui ne doit pas être confondue avec l'amnésie verbale, elle consiste en ce que les associations d'idées sont extraordinairement pauvres, si par exemple on dit au malade de citer les quadrupèdes qu'il connaît, il n'en trouve que 2 ou 3, de même pour les oiseaux, pour les fleurs, etc...

Il existe en outre chez ce malade un trouble prononcé de la *mémoire des mots* quand il s'agit de répéter une phrase qu'on vient de prononcer devant lui ; dans ce cas les deux ou trois premiers mots sont reproduits exactement mais non les derniers, cela tient à ce qu'ayant son attention tendue sur le début de la phrase, il ne perçoit que très incomplètement la fin de celle-ci. Cet homme lisait bien, écrivait assez bien de la main gauche.

En résumé, chez ce malade, il s'agit d'après Strümpell d'une diminution considérable des processus d'association ; ce fait serait beaucoup plus fréquent qu'on ne croit et, en réalité, l'ensemble des manifestations qu'on comprend sous le nom d'aphasie ne serait autre chose qu'une série de troubles de l'*activité associative* du cerveau. Chez chaque aphasique on peut donc, d'après mon expérience, en outre des troubles grossiers directement constatables de la parole et de la compréhension des mots, démontrer une quantité de troubles délicats dans la facilité, la rapidité, la régularité et l'ordre des associations d'idées. PIERRE MARIE.

DAVIDSON. A case of intermittent hemiplegia (*The Lancet, p. 1744, 26 juin 1897*).

Un homme de 73 ans est atteint subitement d'hémiplégie gauche, sans perte de connaissance : aphasie légère avec déviation de la langue à gauche. On le transporte à l'hôpital : deux heures plus tard, la paralysie a disparu complètement. Durant la nuit, ce malade eut 4 ou 5 accès d'hémiplégie semblables au premier, durant de 15 à 30 minutes, et sans perte de connaissance. Le lendemain matin, on ne constate nulle trace de paralysie; à midi, de nouveau, hémiplégie gauche complète, à une heure et demie, la paralysie avait encore disparu. Enfin, dans les 24 heures qui ont suivi, on a noté plusieurs alternatives de paralysie et de retour à la guérison; 48 heures après la première atteinte, l'hémiplégie s'établit complète et permanente : 6 mois après, l'hémiplégie persistait complète.

Comme explication de cette intermittence (l'urémie est à rejeter), Davidson suppose qu'un thrombus d'une artère cérébrale athéromateuse s'est partiellement détaché et, battu par le courant sanguin a déterminé par un mouvement de va et vient une oblitération accidentelle : peut-être ce thrombus s'est-il détaché tout à fait, puis arrêté à une bifurcation artérielle, où il a joué le rôle de valve parfois complète, parfois insuffisante, jusqu'à ce que des coagulations nouvelles l'aient immobilisé et aient entièrement oblitéré le vaisseau dans lequel ce thrombus s'était fixé. P. MAUBRAC.

Digitized by Google

H. MOLLIÈRE et A. PERRET. Sur un cas de périméningite spinale primitive suppurée (*Lyon méd., 30 mai 1897*).

Garçon de 20 ans qui ressent, le 19 mars, après avoir reçu la pluie, de vives douleurs dans les reins, de la fièvre. A son entrée à l'hôpital le 22, rigidité du rachis avec douleurs vives, raideur de la nuque, crampes dans les membres, abdomen tendu, ballonné, température 40°,4. On pense à du rhumatisme spinal. Rien au cœur, aux poumons, traces d'albumine dans les urines ; rétention d'urine. Bain froid, salipyrine. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde négatif. Malgré le traitement, les bains (48 en tout) l'état s'aggrave et le malade meurt le 2 avril.

A l'autopsie on trouve une inflammation suppurative du tissu cellulaire périméningé dans toute la hauteur de la moelle, depuis la troisième cervicale jusqu'au sacrum, sans altération des méninges ni de la moelle. Fusées purulentes dans les espaces celluleux des muscles transversaires et de la masse commune. A. CARTAZ.

H. QUINCKE. Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustände (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh., p. 159, 1896*).

L'auteur revient sur cette question déjà traitée par lui en 1893 (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vortraege*) ; dans le présent travail il rapporte 10 observations dont une avec autopsie. Cette affection a un début tantôt aigu, tantôt lent et progressif. Les causes en sont variées : traumatisme cranien, surmenage intellectuel prolongé, action aiguë et chronique de l'alcool, maladies fébriles aiguës, puerpéralité, otite moyenne, influenza, froid humide. Cette affection est surtout fréquente chez les individus jeunes et dans le sexe féminin. Au point de vue du traitement, Quincke recommande le mercure, les préparations salicylées, la ponction lombaire. PIERRE MARIE.

L. KREWER. Acute spinalparalysis (La paralysie ascendante aiguë) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXII, p. 115*).

D'après K., la paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry) ne serait autre chose que le deuxième ou troisième stade d'une névrite chronique multiple; celle-ci se propage par continuité à la moelle. Dès lors, l'extension est très rapide. Elle se fait en général en montant, atteignant bientôt le plancher du quatrième ventricule et ses centres vitaux. L'extension se fait parfois en descendant.

Une infection intercurrente joue souvent un rôle occasionnel dans cette extension brusque d'une polynévrite chronique à la moelle. Au point de vue clinique, c'est la marche progressive qui est caractéristique; ce n'est pas le sens de la progression.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions rencontrées par K. ont toujours été de deux ordres : 1° polynévrite subaiguë chronique; 2° myélite aiguë diffuse dégénérative. L'alcoolisme paraît la cause la plus fréquente de la polynévrite initiale. A.-F. PLICQUE.

Digitized by Google

JENDRASSIK. Ueber Paralysis spastica..... (De la paralysie spasmodique et des affections nerveuses héréditaires en général) (*Deut. Arch. f. klin. Med. LVIII, p. 158*).

Il faut considérer les paralysies spasmodiques, non pas comme une maladie autonome, mais comme un complexus symptomatique. Elle ne peut être provoquée que par une myélite guérie avec perte de substance ou par une lésion du système nerveux central des enfants nés avant terme (maladie de Little), ou en définitive par un trouble de développement héréditaire, généralement familial. L'auteur a observé 3 familles ainsi atteintes : le tableau morbide, le même dans chacune d'elles, différait de celui qu'on observait dans les autres. Il préfère ne pas donner un nom spécifique à chaque forme morbide, mais les désigner sous le nom de dégénération familiale à type dystrophique, spasmo-paraplégique à type de Friedreich, etc., pour les réunir en pathologie nerveuse.

C. LUZET.

L. MANN. Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von der spinalen Hemiplegie (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh., X, p. 1*).

Ce travail, consacré à l'étude de l'hémiplégie spinale, traite en même temps un certain nombre de points importants au point de vue de l'hémiplégie en général. Il est basé sur 6 observations personnelles dont une avec autopsie.

Pour ce qui est de l'hémiplégie spinale, Mann distingue, suivant le siège de la lésion, quatre aspects de la paralysie motrice : *a*) paralysie des deux extrémités du même côté avec contractures et exagérations des réflexes sans modification notable de l'excitabilité électrique; dans ce cas la lésion siège au-dessus des centres médullaires des nerfs brachiaux, c'est-à-dire au-dessus du renflement cervical; *b*) paralysie flasque avec atrophie du bras et réaction de dégénération, combinée à une paralysie spasmodique du membre inférieur, la lésion siège au niveau du renflement cervical ; *c*) paralysie spasmodique isolée du membre inférieur sans amyotrophie ni modifications des réactions électriques, la lésion coupe le faisceau pyramidal en un point de la moelle dorsale ; *d*) paralysie atrophique avec réaction de dégénération et abolition des réflexes tendineux, la lésion siège au niveau des noyaux moteurs pour la jambe (moelle lombo-sacrée).

Quant aux *troubles sensitifs* de l'hémiplégie spinale, Mann fait remarquer que sur toutes les régions anesthésiques les plus légers attouchements sont parfaitement perçus, tandis que la sensibilité à la douleur et à la température est entièrement abolie ou très diminuée et ne donne que des sensations de contact; il ne pense pas que ces différentes sensations cheminent, comme on le croit généralement, dans des conducteurs spéciaux, mais bien plutôt qu'elles sont les résultats de l'intensité différente des impressions provoquées par les divers agents.

Au point de vue de la localisation de la *paralysie motrice* dans les différents groupes musculaires, Mann admet qu'elle est très analogue, qu'il s'agisse d'une hémiplégie spinale ou d'une hémiplégie cérébrale. Ce

Digitized by Google

sont surtout les « raccourcisseurs » du membre inférieur qui sont paralysés (fléchisseur dorsal du pied, fléchisseurs de la jambe, fléchisseurs de la cuisse), tandis que les « allongeurs » du membre inférieur (extenseurs de la cuisse, extenseurs de la jambe, fléchisseurs plantaires du pied) ou bien ne sont pas paralysés du tout, ou bien reprennent assez rapidement leurs fonctions. Quant à l'abduction du membre inférieur hémiplégié, elle est en général très faible, tandis que l'adduction est relativement bien conservée. PIERRE MARIE.

N. MUCHIN. Ein Beitrag zur Kenntniss der « toxischen spastischen Spinalparalyse (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh.*, *IX*, *p. 443*).

Sous ce nom l'auteur désigne le même syndrome que celui dénommé par Erb « paralysie spinale syphilitique ». Il en rapporte 7 nouveaux cas. Pour lui ce seraient les toxines syphilitiques qui produiraient cette affection et les lésions ainsi déterminées seraient, comme cela a lieu pour d'autres altérations du système nerveux, dues aux toxines syphilitiques, de nature systématique. Dans la paralysie spinale toxique spasmodique, l'aspect anatomique correspondrait au type sclérose systématique combinée de Strümpell, c'est-à-dire faisceaux pyramidaux croisés, faisceaux cérébelleux directs, faisceaux de Goll, portion la plus interne des cordons de Burdach. PIERRE MARIE.

Al.-O.J. KELLY. Senile paraplegia (*Journal of nervous and ment. diseases*, *XXI*, *p. 717*).

Homme de 79 ans, avait les jambes faibles depuis trois mois et fut pris subitement, sans attaque apoplectiforme, d'une paralysie de toutes les parties situées au-dessous de la ceinture avec rétention d'urine et incontinence des matières, escarres.

A l'autopsie, épaississement très prononcé de la pie-mère médullaire, prolifération considérable du stroma conjonctif, sclérose des vaisseaux ; la sclérose conjonctive était plus marquée dans certains territoires (faisceau latéral et surtout pyramidal, cordons de Goll). L'auteur considère ces lésions comme ayant une origine vasculaire, il les regarde comme donnant à la paraplégie sénile un caractère spécial. PIERRE MARIE.

A. DI LUZENBERGER. Sulla paralisi spastica spinale (*Annali di nevroglia*, *n° 2*, *1897*).

Observation de deux frères chez lesquels la paralysie spasmodique avait apparu pour l'aîné à 13 ans, pour le cadet à 19 ans. Le père semble avoir été syphilitique. Au moment de l'examen ces malades avaient 28 et 26 ans. La démarche était pour tous deux très difficile, les réflexes tendineux fortement exagérés. Pas de troubles de la sensibilité ni de l'intelligence. Pas d'ataxie. Parole spasmodique.

A cette occasion Luzenberger fait une revue de nos connaissances sur la paralysie spinale spasmodique. PIERRE MARIE.

Digitized by Google

EULENBURG. Fall von primärer progressiver Muskelerkrankung und infantiler familiärer Dystrophie (*Berlin. klin. Woch., n° 25, p. 570, 22 juin 1896*).

Jeune homme dont le père, les trois frères et sœurs de celui-ci et les frères et sœurs du malade sont atteints de la même affection. A la face, l'atrophie affecte principalement les orbiculaires des lèvres et des paupières et aux épaules, les deltoïdes; sont également atrophiés, les muscles brachiaux et les sterno-mastoïdiens. L'affection est moins avancée à gauche. Il y a déviation du rachis et des omoplates. L'élévation des bras est encore possible grâce au concours des muscles du tronc, mais elle a déterminé une subluxation scapulo-humérale.

Les avant-bras et les mains sont intacts. Aux membres inférieurs, il n'y a de lésés que les muscles du bassin et des cuisses. D'autre part, il y a épaississement et allongement de la clavicule dus au développement exagéré du chef claviculaire du trapèze. J. B.

STEIN. Ueber Polyneuritis senilis (*Münch. med. Woch., p. 278 et 308, 16 et 23 mars 1897*).

La polynévrite sénile est caractérisée, suivant Stein, par l'absence de facteurs étiologiques, intoxication ou infection; par sa chronicité, par l'absence de symptômes cérébraux, par le peu d'importance des attaques douloureuses, par l'absence ou le peu d'importance des phénomènes d'excitation et enfin par le développement incomplet des symptômes moteurs. Il s'agirait en somme d'une névrite primitive dégénérative, sans dépendance directe avec l'artériosclérose, mais due aux seules altérations séniles des nerfs. C. LUZET.

V. PUGLIESE et V. MILLA. Sulla partecipazione del nervo facciale superiore nella emiplegia (*Rivista sper. di fren., p. 805, 1896*).

S'appuyant sur 25 observations personnelles, les auteurs considèrent que dans le plus grand nombre des cas d'hémiplégie les muscles innervés par le facial supérieur participent plus ou moins à la paralysie. Pour le muscle frontal la preuve en est que le sourcil du côté hémiplégique ne peut pas être aussi aisément relevé ni cette moitié du front aussi profondément plissée. Quant à l'orbiculaire, la contraction est moins rapide, plus flasque que du côté sain, souvent il ne peut être fermé isolément du côté paralysé. Comparativement, ils ont examiné 1,125 personnes saines au point de vue de la faculté de fermer isolément l'un ou l'autre œil et constaté que 27 0/0 en étaient incapables, mais presque toujours c'était pour l'occlusion séparée de l'œil droit, quant à l'œil gauche il n'y en avait que 2 ou 3 p. 100 qui fussent incapables de le fermer seul. Passant en revue les faits cliniques et expérimentaux afférents à la localisation du centre cérébral de l'orbiculaire des paupières, les auteurs concluent que ce centre siège dans le tiers inférieur des circonvolutions centrales, au-dessus du centre de la langue et de la bouche, probablement en avant du sillon de Rolando près du pied de F''. Ce centre aurait une action bilatérale et les fibres qui en partent subiraient un entrecroisement partiel, mais les fibres entrecroisées seraient

Digitized by Google

plus nombreuses que les fibres directes, ainsi qu'en témoigne la participation de l'orbiculaire dans l'hémiplégie. Quant au centre pour le muscle frontal, il serait dans le voisinage du précédent. Dans l'intérieur de l'hémisphère les fibres du facial supérieur se trouveraient à proximité de celles du facial inférieur, plus exactement entre ces dernières et celles de l'hypoglosse, dans la portion antérieure du genou de la capsule interne. PIERRE MARIE.

V. PUGLIESE. Ulteriori osservazioni sulla partecipazione del nervo facciale, etc. (*Riv. di patol. nervosa e ment., janv. 1897*).

L'auteur insiste sur ce que, chez les hémiplégiques, le sourcil du côté paralysé est tantôt plus élevé, tantôt plus abaissé que celui du côté sain, ce qui indique soit une contracture soit une paralysie du muscle frontal ou plutôt une parésie. De même l'orbiculaire peut présenter l'un ou l'autre état, et à ce propos l'auteur insiste sur la réalité du symptôme décrit par Revilliod. Les muscles supérieurs de la face participent donc à l'hémiplégie, mais à un moindre degré que les inférieurs. D'après le mode de progression des convulsions dans l'épilepsie jacksonienne, on peut inférer que le centre psycho-moteur du rameau supérieur du facial est en connexions moins intimes avec le centre du bras que le centre psychomoteur du rameau inférieur du facial. PIERRE MARIE.

KATTWINKEL. Die Auftrebung des Würgreflexes..... (L'abolition du réflexe pharyngien et son rapport avec l'hystérie) (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LVII, p. 549*).

L'auteur ayant rencontré, sur 104 cas d'hystérie, 100 fois l'abolition du réflexe pharyngien, croit que ce symptôme doit être regardé comme un stigmate hystérique. L'abolition du réflexe pharyngien est due évidemment à un trouble de l'arc réflexe, car dans un examen précis de la sensibilité de la muqueuse pharyngienne, on n'a pu trouver que des troubles très peu accentués. La motilité était complètement intacte.

C. LUZET.

E. BRISSAUD. Polyurie nerveuse et polyurie hystérique (*Presse méd., p. 165, 1897*).

Homme de 38 ans, chauffeur, n'ayant présenté auparavant aucune trace de névrose, fut pris brusquement de rigidité paraplégique douloureuse, d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, d'accès d'hyperydrose et de polyurie insipide.

A propos de cette observation, Brissaud se livre à une critique très fine de l'opinion qui tend à prédominer, d'après laquelle le diabète insipide serait destiné à disparaître de la nosologie pour laisser la place à la polyurie hystérique. Sa conclusion est que rien n'empêche d'admettre qu'il existe une « *polyurie essentielle* », maladie autonome, aussi capable que toute autre de faire naître une hystérie d'occasion, dans ce cas, par conséquent, il ne s'agirait pas d'une polyurie hystérique primitive, mais d'une hystérie consécutive à la polyurie. PIERRE MARIE.

Digitized by Google

JOELSON. Un cas d'acromégalie avec atrophie des nerfs optiques et exophtalmie (*Messager d'ophth., en russe, janv.-fév. 1897*).

Homme de 36 ans. Parmi les autres symptômes nerveux : obtusion de l'ouïe, céphalées, apathie, somnolence, perte de mémoire, abolition des réflexes, sensations douloureuses du rachis, constipation, faiblesse génitale, hyperydrose continuelle. L'épaississement des os de la face, de même que du squelette est plus prononcé à droite. L'exophtalmie n'est prononcée qu'à droite et l'atrophie des nerfs optiques (décoloration de la moitié temporale) ainsi que la diminution de l'acuité visuelle (O D — compte les doigts à 5 pieds, O G — V 20/40) sont plus accentuées à droite qu'à gauche. L'auteur admet que les phénomènes oculaires sont dus à l'épaississement des parois osseuses de l'orbite avec rétrécissement du trou optique. H. FRENKEL.

K. MIURA. Ueber Kubisagari (*Mittheil. der Med. Fakult. d. k. Japan. Univers. zu Tokio, III, 1896*).

La Kubisagari (en japonais : *celui qui laisse pendre sa tête*) est une affection endémique dans le Nord du Japon. En 1888, Nakeno en avait décrit 283 cas et, peu après, Onodera en signalait 26 autres ; pour ces deux médecins il s'agissait d'une forme larvée du paludisme. Miura chargé d'étudier cette endémie, l'identifie avec le vertige paralysant de Gerlier (*R. S. M.* XXXII 129 ; XXXV 171 et 522 ; XXXIX 126 et XLIV 171). Il rapporte un grand nombre d'observations dont quelques-unes concernent des épidémies de famille ou de maison.

La maladie épargne les ouvriers étrangers aux travaux de la campagne. Au Japon, les étables sont le plus souvent en communication directe avec les habitations et l'influence stabulaire joue, pour Miura et pour Geslier, le rôle principal. La fatigue, en particulier celle des yeux, certains aliments difficiles à digérer, la faim, l'agglomération, etc., paraissent favoriser l'apparition des accès. J. B.

James MACKENZIE. A probable diagnostic sign of tricuspid stenosis (*Brit. med. Journ., p. 1143, 8 mai 1897*).

Ce signe consiste dans la régurgitation veineuse présystolique qui se fait du côté des jugulaires et du foie, au moment de la contraction de l'oreillette droite. Quand il existe un rétrécissement tricuspidien, l'oreillette s'hypertrophie et sa contraction détermine un reflux plus ou moins prononcé, du côté des veines caves supérieure et inférieure, synchrone avec la systole auriculaire. Ce pouls jugulaire et hépatique est très différent de la régurgitation de l'insuffisance tricuspidienne, laquelle est franchement systolique et correspond à la contraction du ventricule.

H. RENDU.

GEIGEL. Die Stauung bei reiner Mitralinsufficienz (La stase dans l'insuffisance mitrale pure) (*Münch. med. Woch., n° 9, p. 222, 2 mars 1897*).

Lorsque l'insuffisance mitrale est pure, primitive et non compliquée, l'affection peut être pendant longtemps bien supportée. La résistance de

Digitized by Google

l'organisme dans ce cas souffre à peine après de longues années; il n'y a pas d'hydropisie, mais le symptôme périphérique le plus hâtif est la dilatation des veines et l'hémorragie. La compensation s'établit par le moyen d'une augmentation de la pression artérielle avec augmentation de la vitesse du sang dans les capillaires, en sorte qu'il n'y a pas d'hydropisie, la différence entre les pressions sanguines artérielle et veineuse restant normales; mais les capillaires soutenant une pression exagérée, les hémorragies par rhexis sont fréquentes. C. LUZET.

CHAUFFARD. Insuffisance tricuspidienne, par valvulite rhumatismale, de la tricuspide (*Soc. méd. des hôp., 14 mai 1897*).

Un homme de 48 ans a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu à 23 et 33 ans. Le cœur touché légèrement à la première atteinte n'a gêné le malade qu'après la seconde. Depuis lors il a des crises répétées d'hyposystolie, palpitations, essoufflement, œdème léger des jambes. La matité du cœur est normale ; on entend un gros souffle râpeux, systolique, localisé derrière l'appendice xyphoïde ; pas de pouls veineux jugulaire, léger pouls veineux hépatique ; le foie déborde sensiblement les côtes, et on y sent un léger battement systolique. H. L.

MATHIEU et Nattan LARRIER. Tuberculose du péricarde et du cœur, consécutive à une adénopathie trachéobronchique; granulie (*Soc. méd. des hôp., 28 mai 1897*).

Un homme de 52 ans a eu à 22 ans une rougeole suivie de rhumes tenaces pendant plusieurs hivers. Depuis le 25 avril il tousse, maigrit, a de la fièvre. Le 7 mai, examen du cœur et des poumons négatif. Le 12 mai, on trouva quelques râles aux bases et un souffle léger à l'épine de l'omoplate droite; la fièvre s'élève, le malade succombe le 25 mai.

A l'autopsie on trouva les ganglions trachéobronchiques très gros; deux à droite sont caséeux, ramollis, adhérents au péricarde. Il y a une symphyse cardiaque totale, ancienne, contenant des plaques calcifiées et des masses caséeuses.

Le cœur gauche est sain, ainsi que le ventricule droit ; l'oreillette gauche est énorme ; l'auricule est remplie par une masse caséeuse mamelonnée mesurant 5 centimètres sur 3 centimètres, par places l'endocarde est érodé, au-dessous existe une masse grosse comme une noisette recouverte par un endocarde sain ; dans les deux poumons granulie intense ; rate, foie et reins farcis de tubercules ; on en trouve encore dans les uretères et la vessie.

Les auteurs rattachent à la pénétration des masses caséeuses dans l'oreillette droite et à la diffusion par le sang cette tuberculose granulique suraiguë. H. L.

Walter BELL. A case of thrombosis of the abdominal aorta (*Brit. med. Journal, p. 1227, 24 oct. 1896*).

Homme de 30 ans, amené à l'hôpital pour une paraplégie douloureuse, survenant deux ans après des accidents syphilitiques. Le jour de son entrée, 7 août, il marchait dans la rue, quand il fut pris soudainement de douleurs atroces dans le dos et l'abdomen, suivi d'impotence fonctionnelle des membres. Il tomba sans perdre connaissance.

Digitized by Google

A l'examen, peau froide, pouls faible, paraplégie motrice, anesthésie et analgésie des membres inférieurs, suppression des réflexes, incontinence d'urine et de matières fécales.

Le lendemain, extension de la paraplégie, refroidissement des membres inférieurs, absence de pouls fémoral, rétention de l'urine.

Le surlendemain 9 août, agitation, délire, début de gangrène du scrotum. Mort le soir.

A l'autopsie, aucune lésion de la moelle, mais coagulation bloquant l'aorte abdominale au-dessus de sa bifurcation, sans lésions des parois aortiques elles-mêmes. L'état du cœur n'a pu malheureusement être examiné.

H. RENDU.

BRESLER. Klinischer Beitrag zur Thrombenbildung..... (Thrombose de la veine cave inférieure) (*Deutsche med. Woch.*, *n° 12*, *p. 179*, *18 mars 1897*).

Un épileptique, âgé de 22 ans, est atteint de fièvre typhoïde en octobre 1894. Après la guérison, on constata de la fréquence, de l'irrégularité du cœur et un souffle doux systolique à la pointe. En avril 1896 on remarque un développement des veines sous-cutanées abdominales, développement qui ne peut s'expliquer que par la formation d'un thrombus dans la veine cave inférieure. L'épigastrique inférieure et la veine thoracique longue forment des cordons flexueux et saillants sous la peau, les veines de chaque côté sont réunies à celles du côté opposé par des anastomoses d'où partent d'autres veines à direction ascendante. Le sens du courant sanguin est nettement de bas en haut; il s'agit donc bien d'une circulation supplémentaire dirigée vers a veine cave supérieure.

H. DE BRINON.

Mansell MOULLIN. Hœmopericardium (*Brit. med. Journ.*, *p. 268*, *30 janv. 1897*).

Un jeune homme de 20 ans reçoit un coup violent sur le sternum en jouant au foot-ball; il continue à jouer 20 minutes, puis tombe dans un état de collapsus profond. Tachycardie, douleurs précordiales, dysphagie, dyspnée avec respiration rude à gauche. 36 heures après. il est pris d'une toux violente avec expectoration abondante et sueurs profuses; pouls à 140: matité précordiale progressivement croissante. Trois semaines après l'accident, crise d'orthopnée, tout le côté gauche de la poitrine est mat à la percussion et les bruits cardiaques ne s'entendent que dans le 2e espace intercostal droit.

Incision du 5e espace et mise à nu du péricarde, qui est incisé et drainé: il en sort six onces de sang. Amélioration immédiate; on enlève le drain au bout de 36 heures, guérison lente, avec persistance d'atélectasie pulmonaire gauche. H. R.

William EWART. Remarks on the dorsal test for pericardial effusion (*Brit. med. Journ.*, *p. 185*, *23 janv. 1897*).

L'auteur a déjà attiré l'attention sur un signe qu'il regarde comme pathognomonique de l'existence d'un épanchement péricardique : à savoir la présence d'une zone de matité postérieure à la base du thorax. Cette matité apparaît avec l'épanchement et disparaît avec lui; elle n'est cependant pas produite par le liquide péricardique, mais par la surface du foie qui en arrière, en général, résonne, tandis que chez les individus atteints de péricardite elle donne une matité absolue. Cela tient à ce que le poumon, qui marque le son hépatique, est refoulé par l'épanchement péri-

Digitized by Google

cardique, ce qui fait apparaître la matité du foie. Ce signe est très facile à constater chez les jeunes enfants dont la paroi thoracique est mince: moins aisé chez les adultes obèses. L'auteur s'est assuré que la dilatation et l'hypertrophie du cœur ne donnent pas lieu, en arrière, à une matité comparable : un gros cœur ne fait pas apparaître la zone de matité hépatique. H. RENDU.

BLANQUINQUE. Du diagnostic différentiel de la psittacose et de la fièvre typhoïde (*Gaz. hebd. Paris, 4 fév. 1897*).

Une jeune fille présenta les signes d'une fièvre infectieuse ; l'analyse du puits d'alimentation ne montra que quelques coli-bacilles. En même temps succombaient des perruches et des petits oiseaux que la malade avaient soignés, ce qui fit penser à la possibilité de psittacose.

Bientôt la mère de la jeune fille présenta tous les signes d'une broncho-pneumonie infectieuse. Puis le frère prit le lit avec les apparences d'une fièvre typhoïde.

L'examen des oiseaux par Nocard montra qu'ils n'étaient pas atteints de psittacose.

Par le phénomène de l'agglutination, on put se convaincre que la jeune fille et son frère étaient atteints de fièvre typhoïde, et que la mère avait été atteinte d'une broncho-pneumonie vraisemblablement grippale.

LEFLAIVE.

P. MERKLEN. La fièvre dans le pneumothorax tuberculeux (*Presse méd., 27 mai 1897*).

Le pneumothorax pur est apyrétique. L'introduction de l'air ne suffit pas pour susciter la fièvre; il faut une infection pleurale.

Chez le phtisique, âgé de 30 ans, qu'a observé Merklen, la rupture du poumon a provoqué immédiatement une élévation de température à 40°4. Au bout de quelques jours, le bruit de succussion vint révéler la présence d'une collection liquide.

Deux mois après le début, la thoracentèse provoqua, à deux reprises, une ascension thermique au-dessus de 40°. Puis la température redevint normale; le liquide ne fut pas purulent. L'hydropneumothorax persiste à l'état chronique.

La *pneumo-pleurite aiguë*, telle que je l'ai décrite, doit être distinguée de l'hydropneumothorax vulgaire, apyrétique. Elle peut conduire à l'oblitération de la fistule broncho-pleurale si l'on a soin d'éviter la thoracentèse. Les injections antiseptiques discrètes seraient utiles pour combattre les phénomènes infectieux. L. GALLIARD.

TROISIER. Hydropneumothorax tuberculeux traité par la thoracentèse et guéri au bout de deux mois (*Soc. méd. des hôp., 11 juin 1897*).

Un homme de 25 ans, a eu à l'âge de 21 ans une pleurésie gauche. Depuis lors il tousse tous les hivers; le 30 janvier, il est atteint brusquement de pneumothorax gauche; pendant quelques jours le pneumothorax total reste simple, puis apparaît du liquide qui augmente progressivement. Le 15 février, en présence des menaces d'asphyxie on ponctionne le thorax et on retire

Digitized by Google

750 gramme de liquide sérofibrineux, soulagement immédiat. Le liquide se reproduit. Le 1er mars seconde ponction de 900 grammes. Le lendemain on constate encore les signes de l'hydropneumothorax. Un mois après, la cavité pleurale ne contenait plus ni air ni liquide; la respiration s'entendait dans toute la hauteur du poumon.

Rendu résume l'histoire d'un tuberculeux jeune atteint de pneumothorax, gauche, puis d'hydrothorax énorme refoulant le cœur à droite. Comme la dyspnée était médiocre et le déplacement du cœur bien toléré, Potain conseille la temporisation; au bout de 2 mois l'épanchement diminua; au bout de 5 mois il avait disparu; le malade semble guéri pendant deux ans. Donc l'indication de la ponction est subordonnée à l'intensité de la dyspnée.

H. LEROUX.

KOLL. Ueber Sinuspleuritis..... (De la pleurésie du sinus) (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LVII, p. 597*).

La maladie décrite par Koll est caractérisée par ce fait qu'elle est presque exclusivement limitée au sinus pleural antéro-inférieur, rarement au sinus postéro-inférieur. Les signes subjectifs semblent souvent indiquer une affection stomacale (ulcère de l'estomac), la douleur est souvent localisée et augmentée par la pression en un point situé au-dessous de la pointe de l'appendice xyphoïde. Le signe constant suivant, frottement fin, mou dans les inspirations profondes, dans la région du sinus pleural permet d'affirmer le diagnostic de pleurésie. C. LUZET.

REINEBOTH. Die diagnose des Magencarcinoms..... (Diagnostic du cancer de l'estomac d'après l'examen de l'eau de lavage et des vomissements) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 62*).

L'examen des particules enlevées a permis dans 4 cas sur 5 de poser le diagnostic de cancer. A noter un cas où on trouvait des tubes glandulaires nombreux et entiers. Malheureusement, l'utilité de ce symptôme est nulle au point de vue du diagnostic précoce, le seul qui aurait un intérêt pour une intervention chirurgicale, parce que lorsqu'on trouve de ces particules permettant de poser le diagnostic de cancer, il s'agit déjà d'un cancer ulcéré et il est exceptionnel qu'à cette période il n'y ait pas déjà des noyaux secondaires dans les ganglions et le péritoine. C. LUZET.

GOLDSCHMIDT. Ueber praktische und wisserschaftliche Methoden..... (Méthodes pratiques et scientifiques de détermination de la fonction motrice de l'estomac) (*Münch. med. Woch., p. 332, 30 mars 1897*).

L'auteur, sur un fistuleux, emploie le procédé suivant pour déterminer la quantité de liquide contenu par l'estomac. Il retire par expression le contenu de l'estomac, puis introduit 50 centimètres cubes d'eau distillée et la retire après brassage rapide. Il filtre les deux liquides. Dans le second (dilué), il place un aéromètre. Il prend ensuite 50 centimètres cubes d'eau distillée dans une autre éprouvette et y place un autre aéromètre, ajoutant ensuite du premier liquide (non dilué) avec une pipette jusqu'à ce que le deuxième aéromètre marque la même densité que le premier. C. LUZET.

Digitized by Google

HAYEM. Coloration spéciale des téguments chez certains dyspeptiques; ictère sans pigments biliaires ni urobiline dans les urines (*Soc. méd. des hôp., 14 mai 1897*).

Chez un dyspeptique jadis obèse, à estomac dilaté, à gros foie, Hayem note une coloration jaune chamois des téguments, généralisée à tout le corps, très marquée aux mains, au front, sur le crâne; pas de pigments biliaires, pas d'urobilinurie; il maintient cependant qu'il s'agit d'un ictère, parce que : 1° le sérum du sang obtenu par la piqûre du doigt a une couleur jaune, ictérique; 2° toute la partie droite du spectre (du bleu au violet) est assombrie, ce qui est dû aux pigments biliaires; 3° par l'acide nitrique, nitreux on obtient une réaction de Gmelin faible mais nette.

H. L.

Hector TREUB. Appendicite et paramétrite (*Revue de gyn., I, p. 263, mars 1897*).

La cause de l'immunité de la femme en fait d'appendicite se trouve dans la connexion intime entre le mésentère appendiculaire et le ligament large droit. De la même cause dépend la fréquence relative des cas légers d'appendicite chez la femme. Enfin, le rôle de déversoir des produits inflammatoires et microbiens de l'appendicite que joue le ligament large, explique que souvent l'appendicite doit occasionner une paramétrite, c'est-à-dire une infiltration, un œdème du ligament large. Dans l'étiologie des paramétrites non suppurées, il faudra faire une large place à l'appendicite.

A. C.

DOYEN. Le spasme du pylore ; ses rapports avec l'hypersténie gastrique (*Méd. moderne, 29 mai 1897*).

Doyen a opéré 15 malades atteints de sténose vraie, gastrique, pylorique ou duodénale; 46 malades atteints de contracture spasmodique simple du pylore avec dilatation de l'estomac sans lésion cicatricielle. Sur ces 46 malades, la contracture spasmodique existait 22 fois sans ulcération; 24 fois le chirurgien a constaté une ulcération située à quelque distance du sphincter et responsable du spasme réflexe.

Sans l'opération, qui permet d'examiner le pylore directement pendant la vie, il est impossible de différencier le spasme pylorique et la sténose cicatricielle. La présence de résidus alimentaires dans l'estomac le matin à jeun ne permet pas d'établir le diagnostic.

Les malades atteints de simple contracture du pylore, sans cicatrice, peuvent succomber par dépérissement progressif. Il faut les traiter par la gastro-entérostomie.

L. GALLIARD.

Rich. KENNAN. A case of acute pancreatitis (*Brit. med. Journ., p. 1442, 14 nov. 1896*).

Femme de 38 ans, entrée à l'hôpital le 18 juillet 1894 pour de vives douleurs à l'estomac. Depuis la veille, elle avait été prise de souffrances épigastriques

Digitized by Google

et de vomissements ; il s'y joignit du météorisme abdominal et de l'anurie, avec un état de collapsus général, de l'hypothermie et des sueurs profuses. Morte le lendemain matin, au bout de quarante-deux heures de maladie, sans qu'on ait cru devoir intervenir chirurgicalement.

A l'autopsie, péritonite légère et dépolissement de la séreuse : exsudat sur l'intestin grêle, et surtout au niveau du côlon descendant. Le foyer principal de l'inflammation occupait la tête du pancréas. Toute la glande est injectée et rouge. La vésicule biliaire et le canal cholédoque étaient remplis de calculs ; nulle part il n'y avait de perforation ni d'ulcération. Un des calculs bloquait l'ampoule de Vater.

L'auteur considère ce cas comme un exemple de pancréatite aiguë, due à une infection vraisemblablement apportée par les calculs biliaires dans le canal pancréatique. Il n'y avait point de calculs pancréatiques proprement dits.

H. RENDU.

Alexendre MACPHEDRAN. On a case of pancreatitis followed by cyst of the pancreas (*Brit. med. Journ., p. 1400, 5 juin 1897*).

Homme de 53 ans. En 1891, attaque douloureuse suivie de jaunisse et considérés comme un accès de colique hépatique ; pendant plusieurs années, répétition de crises semblables. A partir de 1894, les crises sont bien plus fréquentes, mais ne s'accompagnent plus d'ictère : par contre la santé et les digestions s'altèrent. Dans les crises, vomissements, tension de l'épigastre, langue sale, etc. Dans les intervalles, on sent profondément une sourde résistance et de l'empâtement de la région pancréatique. Le 5 octobre, cet empâtement devient bien plus sensible et occupe tout l'épigastre en donnant une sensation de fluctuation vague. On pense à un kyste séreux : incision et évacuation de la collection ; le pancréas est trouvé malade. Pas de drainage. Amélioration tout d'abord, mais, un mois après, développement nouveau de la tumeur kystique qui a repris son volume primitif. Seconde opération en mars : issue de liquide laiteux, blanchâtre, stérile aux cultures, guérison avec persistance d'une fistule, qui donne issue à du liquide capable de digérer les albuminoïdes, la graisse et les fécules, c'est donc du liquide pancréatique provenant d'un kyste du pancréas.

H. R.

J. GRAHAM. Observation on broncho-biliary fistula (*Brit. med. Journ., p. 1397, 5 juin 1897*).

A propos d'un cas de fistule bronchobiliaire d'origine calculeuse que l'auteur rapporte en grand détail, il étudie la pathogénie de cet accident. La fistule bronchobiliaire peut se produire par quatre mécanismes différents :

1° Occlusion du cholédoque par un calcul, angiocholite suppurée, abcès du foie. Un de ces abcès situé près de l'écorce du foie peut ulcérer le diaphragme et pénétrer dans une bronche ;

2° Après l'occlusion du cholédoque, des calculs intrahépatiques peuvent devenir le centre d'un abcès qui peut se frayer son chemin du côté de la bronche ;

3° Un ou plusieurs calculs peuvent perforer le foie et le diaphragme et pénétrer dans le poumon ;

4° La vésicule biliaire enflammée peut se rompre, donner naissance à un abcès circonscrit situé sur la convexité du foie, et de là perforer le diaphragme et le poumon.

Digitized by Google

Quand la bile est aseptique, cequi est très fréquent, la fistule peut durer longtemps sans grand dommages pour l'organisme.

Le 2e cas de Graham est plus exceptionnel : la fistule bronchobiliaire a été la conséquence d'un traumatisme.

Jeune homme de 25 ans, chute de cheval, douleurs vives, contusion hépatique et thoracique notable. Quatre jours après, hémoptysie, puis développement d'une pneumonie compliquée d'épanchement pleural. Au bout de 18 jours, expectoration de bile pure. Ultérieurement empyème de la cavité pleurale et drainage : écoulement d'une sérosité teintée de bile qui bientôt, devient purulente. Simultanément accroissement de l'expectoration biliaire et formation d'une zone de matité sus-hépatique. Une seconde opération est pratiquée, résection de la 6e et de la 7e côtes, ouverture de la cavité hépatique, drainage : persistance d'un trajet filateux. VANVERTS.

V. PERRET. La suppuration pleurale des kystes hydatiques du foie (*Thèse de Paris, 1897*).

Le titre de ce travail manque de précision. L'auteur étudie la rupture des kystes hydatiques suppurés du foie dans la cavité pleurale et aussi la suppuration des kystes hydatiques de la plèvre coïncidant avec des kystes du foie. Il relate deux observations inédites provenant du service de Rendu.

L'un de ces faits se rapporte à un homme de 35 ans, chez qui la pleurotomie fut pratiquée *in extremis* au côté droit pour un kyste hydatique suppuré ouvert dans la plèvre droite. Le malade ayant succombé, on trouva, non seulement ce kyste appartenant au lobe droit, mais un autre kyste, gros comme le poing, siégeant au niveau du bord postérieur du lobe gauche du foie, et s'ouvrant dans la plèvre de ce côté. On avait constaté pendant la vie, à gauche, de la matité, du souffle et de l'égophonie.

J'ai attiré l'attention, en 1891 (*R. S. M.*, XXXVIII, 150) sur les kystes hydatiques du lobe gauche du foie qui simulent des collections liquides de la plèvre gauche. L. GALLIARD.

DESOIL. Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique graisseuse du foie, à propos d'un type nouveau : la cirrhose graisseuse lisse atrophique (*Bull. Soc. centrale méd. du Nord, 26 fév. 1897*).

Il s'agit d'une cirrhose à marche rapide, évoluant en moins de trois mois, chez un alcoolique sous l'influence stimulante d'une intoxication saturnine. La maladie a débuté par une phase d'hypertrophie hépatique ; puis elle a pris des caractères de cirrhose atrophique avec un foie petit, de l'ascite et absence d'ictère ; pas de circulation complémentaire, ni d'hémorragie.

A l'autopsie, le foie était atrophié en même temps que lisse et graisseux. Au microscope on trouvait une sclérose insulaire et columnaire localisée dans les espaces portes (cirrhose hypertrophique de Hanot), et de plus il existait une sclérose sus-hépatique indépendante de la cirrhose porte et des zones de tissu conjonctif diffus envahissant l'intérieur des lobules et dissociant les cellules (cirrhose hypertrophique diffuse graisseuse de Sabourin).

LEFLAIVE.

Digitized by Google

STRAUSS. Zur Lehre von der neurogenen und thyreogenen Glycosurie (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 259, 22 mars 1897*).

Strauss a fait des recherches relatives à l'apparition de la glycosurie alimentaire sur 350 personnes, dont 250 étaient atteintes d'affections nerveuses.

Parmi les 39 cas de névroses traumatiques, 14, soit 36 0/0, ont donné un résultat positif; il en a été de même dans 4 (1/2, 5 0/0) des 32 cas de névroses non traumatiques.

Entre les 41 cas d'alcoolisme chronique par eau-de-vie, 3, soit 7 3 0/0 ont fourni un résultat positif. Sur 20 cas de delirium tremens, le résultat a été positif 14 fois, soit 70 fois sur 100; dans les intervalles libres, le résultat a toujours été négatif. Trois alcooliques chroniques en état d'ivresse, sans délire, ont donné un résultat positif. Chez plusieurs délirants alcooliques, on a constaté aussi une glycosurie spontanée.

Sur 18 cas de saturnisme, 10 (55,5 0/0) ont fourni un résultat positif : 6 de ces derniers avaient la colique de plomb et 2 étaient en même temps des alcooliques.

La conclusion est que, dans les intoxications avec l'alcool et le plomb, les formes chroniques présentent moins de tendance à la glycosurie alimentaire que les états aigus.

Parmi 19 malades atteints de goitre exophtalmique, 3 (16 0/0) ont donné un résultat positif.

De 15 personnes soumises à l'usage des tablettes thyroïdiennes, il n'en est que 3, des alcooliques, qui aient offert de la glycosurie alimentaire.

Sur 57 paralytiques généraux, 5 (9 0/0) ont présenté de la glycosurie alimentaire.

Entre les 8 cas d'apoplexie, 2 sur les 4 récents ont fourni un résultat positif.

Des 7 malades atteints de sciatique, 3 ont eu de la glycosurie alimentaire au moment de l'apogée des douleurs.

L'anémie, la cachexie et l'artériosclérose n'ont pas d'effet marqué sur la production de la glycosurie.

Strauss incline à penser que la glycosurie alimentaire et la spontanée ne font qu'un; il a observé 4 cas dans lesquels un certain temps avant l'apparition de la glycosurie spontanée, les expériences de glycosurie alimentaire avaient toujours été positives. J. B.

ACHARD et CASTAIGNE. Diagnostic de la perméabilité rénale (*Soc. méd. des hôp., 30 avril 1897*).

Les auteurs ont cherché un moyen d'investigation clinique qui soit d'un emploi facile; or, le bleu de méthylène est inoffensif et l'élimination rénale se traduit par une couleur bleue ou verdâtre de l'urine, visible sans le secours d'aucun réactif. Ils ont recours à la voie sous-cutanée, qui donne une absorption plus rapide, plus sûre que la voie gastrique; l'injection n'est pas douloureuse; la quantité varie de 0 gr. 025 à 0 gr. 1. Aussitôt avant l'injection, le malade vide sa vessie, puis il urine à intervalles réglés; en agitant du chloroforme mêlé à l'urine on précipite le bleu.

Digitized by Google

Chez un sujet sain, le bleu paraît dans l'urine au bout d'une demi-heure; la teinte bleue obtient son maximum entre 3 et 4 et disparaît au bout de 35 à 50 heures. Chez un sujet dont les reins sont altérés, l'apparition est retardée, peut ne venir qu'au bout de 3 heures et plus; parfois elle n'est jamais appréciable sans l'addition du chloroforme; l'élimination peut parfois durer 6 et 8 jours; parfois l'élimination est très courte, elle a pu même manquer totalement (malades atteints de tuberculose rénale, de mal de Bright, typhique albuminurique). En somme, il n'y a de fixé que le retard dans l'apparition du bleu.

Chez 40 individus, dont 3 sains et 37 atteints d'affections diverses, l'élimination a été régulière, quoique 4 présentassent des signes cliniques de lésions rénales (1 cardiaque, très albuminurique, 2 brightiques, type scléreux, et 1 tuberculeux albuminurique); dans 2 de ces cas, l'autopsie prouva que les reins étaient sains.

Dans 37 cas, l'élimination a été retardée, dont 21 avaient des signes de néphrite chronique, 3 étaient atteints d'affections aiguës et 2 fois l'autopsie montra des lésions récentes des reins; 12 avaient des affections chroniques et semblaient avoir des reins sains; 10 d'entre eux étaient tuberculeux; 7 autopsies ont prouvé que les reins étaient altérés.

La conclusion qui découle de ces faits est que l'épreuve du bleu de méthylène indique l'état des fonctions éliminatoires des reins. Le retard peut être passager, dû à un trouble fonctionnel; permanent, dû à une lésion constituée; l'épreuve du bleu permet de discerner les albuminuries sans lésions rénales, les lésions rénales sans albuminurie et par suite les néphrites latentes. H. L.

J.-R. FORREST. On the excretion of albumen in the apparently healthy (*Brit. med. Journ., p. 716, 20 mars 1897*).

L'auteur a fait 294 observations sur 142 soldats en parfaite santé et non entachés de blennorragie. Ces hommes faisaient en moyenne 16 milles par jour avec leur sac et leur charge: les urines étaient examinées avant et après la marche. Sur ces 142 hommes, 14 avaient de l'albumine dans l'urine. Tous en avaient sensiblement moins après la marche: chez quelques-uns elle disparaissait même complètement, pour reparaître au repos. H. RENDU.

BARD. Bleu de méthylène dans la néphrite épithéliale (*Lyon méd. 13 juin 1897*).

B. a étudié les effets des injections sous-cutanées de bleu de méthylène dans les diverses variétés de néphrites. On peut dire, suivant une comparaison familière, que le rein, dans les néphrites interstitielles, est un filtre encrassé, tandis que dans les néphrites épithéliales c'est un filtre percé. La coloration verte apparaît dans l'urine en cas de néphrite épithéliale dès la première demi-heure, comme à l'état normal. On ne peut donc assimiler ces brightiques à ceux atteints de néphrite interstitielle, chez lesquels l'élimination du bleu est toujours retardée. A. C.

Digitized by Google

ACHARD et CASTAIGNE. Sur l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale (*Soc. méd. des hôp., 18 juin 1897*).

Les auteurs rapportent une nouvelle série de 53 cas, dont 17 avec autopsie, tous confirmatifs de l'utilité de l'épreuve du bleu comme moyen d'exploration des fonctions rénales. Ils recommandent l'emploi du bleu de méthylène pur, par exclusion de bleus d'aniline ou autres. Discutant les résultats obtenus par J. Voisin (voy. plus loin, page 633), ils admettent que c'est dans l'organisme que se produit la transformation de la matière colorante et que c'est le rein qui élimine le dérivé incolore du bleu. Le chromogène est insoluble dans le chloroforme tandis que le bleu se dissout dans ce corps.

Ils ont étudié ce chromogène chez 29 sujets. Dans 9 cas il était associé au bleu dans l'urine d'individus l'éliminant d'une manière normale; dans 9 cas il y avait retard simultané pour l'élimination du bleu et du chromogène, parfois moindre pour ce dernier. Dans 11 cas le chromogène s'éliminait dans le délai normal de la première heure, alors que le bleu subissait un retard, le chromogène peut s'éliminer normalement même quand il y a lésion rénale. H. L.

SCHMIDT. Sur quelques cas de nucléo-albuminurie (*Bull. méd., 16 août 1896*).

L'auteur rapporte 9 cas de nucléo-albuminurie pure (cinq enfants, deux femmes, deux épileptiques). Cette albuminurie intermittente ne peut s'expliquer par une transformation inflammatoire, une mue épithéliale des tubuli. Il fallait admettre que la nucléo-albuminurie dépend exclusivement d'une modification de la crase sanguine, due elle-même à un trouble de nutrition, à une destruction globulaire, à des variations de l'hématopoïèse, se produisant dans des conditions encore mal connues.

LEFLAIVE.

Wyatt JOHNSTON et MAC TAGGART. Observation on the serum reaction in typhoid..... (*Brit. med. Journ., p. 1629, 5 déc. 1896*).

L'emploi du sérum sanguin desséché donne des résultats diagnostiques aussi bons que le sérum frais.

Dès la fin du deuxième jour de la fièvre typhoïde, la réaction apparait incomplète : elle devient complète à partir du cinquième jour.

Le sang typhique séché depuis 60 jours garde ses propriétés agglutinatives; on peut en tirer d'importantes conséquences au point de vue de la médecine légale. H. RENDU.

Paul COURMONT. Séro-pronostic de la fièvre typhoïde (*Thèse de Lyon, 1897*).

Les 255 cas de réaction agglutinante observés par l'auteur confirment la notion bien établie que cette réaction est un des meilleurs signes de la fièvre typhoïde. La substance agglutinante qui paraît se former dans le sang s'élimine en partie par les glandes à sécrétion externe; elle paraît se détruire ou se transformer dans certaines glandes à sécrétion interne (foie, rate). Il en est de même dans les organes infectés par

Digitized by Google

le bacille d'Eberth. On peut reproduire ce dernier phénomène *in vitro*. La production de substance agglutinante paraît être une réaction de défense de l'organisme, surtout pendant la période d'infection. Les preuves sont les suivantes : *a*) l'agglutination du bacille d'Eberth s'accompagne d'une atténuation de sa virulence, alors que le pouvoir agglutinant des sérums typhiques paraît indépendant des propriétés favorisante ou vaccinante des mêmes sérums; *b*) la répartition de la substance agglutinante dans l'organisme des typhiques, sa diminution dans les organes infectés, son augmentation dans les points non infectés semblent indiquer un antagonisme entre la substance agglutinante et le bacille et ses toxines; *c*) la courbe du pouvoir agglutinant dans les diverses formes de la fièvre typhoïde plaide en faveur du rôle de défense de cette substance.

Séro-pronostic. — L'étude des variations du pouvoir agglutinant peut mettre en évidence l'évolution d'une partie, mais d'une partie seulement, des processus de l'organisme malade. Le chiffre du pouvoir agglutinant, à une période donnée de la maladie, et surtout la courbe de ce pouvoir peuvent être d'importants éléments de pronostic, tout comme la courbe thermique, mais en sens inverse; la première (la courbe de défense) ne prend d'ailleurs toute sa valeur que si on la compare à la seconde (courbe d'infection). L'élévation du pouvoir agglutinant est par elle-même d'un bon pronostic. La descente de la courbe agglutinante sans défervescence thermique paraît d'un très mauvais pronostic. Provoquer chez le typhique l'augmentation du pouvoir agglutinant de son sérum semble devoir être un des buts de la thérapeutique et, notamment, de la sérothérapie.

H. FRENKEL.

I. — FRAENKEL. Zur Widal'schen Serumreaction (De la réaction du sérum de Widal) (*Münch. med. Woch.*, *p. 107, 2 fév. 1897*).

II. — DU MESNIL DE ROCHEMONT Ueber die Gruber-Widal'sche Serumdiagnostik (*Ibid.*, *2 fév. 1897*).

III. — SIEGERT. Ueber die Bedeutung der Widal'schen serumdiagnose (*Ibid.*, *9 mars 1897*).

IV. — GRUENBAUM. Ueber den Gebrauch der agglutinirenden Wirkung..... (*Ibid.*, *p. 330, 30 mars 1897*).

V. — VAN OORDT. Zur Serodiagnostik des Typhus abdominalis (*Ibid.*, *p. 327, 30 mars 1897*).

I. — L'auteur conclut que la réaction de Widal au point de vue du diagnostic clinique a une importance considérable, qu'elle doit être comparée à la réaction de Pfeiffer, au point de vue bactériologique et doit lui être préférée en raison de sa simplicité et de la facilité du procédé.

II. — De R. voit dans ce procédé un moyen excellent de diagnostic de la fièvre typhoïde à la condition que le mélange de bouillon de culture avec le sérum ne soit pas de plus de 1/25. Car il a vu à 1/20 un résultat positif dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Dans la fièvre typhoïde, la réaction s'est montrée jusqu'à 3, 4 et même 7 semaines après la maladie. Dans 2 cas datant de plus d'un an la réaction était nulle.

Digitized by Google

III. — Siegert rapporte 1 cas de fièvre typhoïde de l'enfance à symptômes pseudoméningitiques, où le diagnostic différentiel était impossible par les moyens cliniques ordinaires et où la réaction agglutinante constatée avec des dilutions à 1/25, 1/50 et 1/100 a permis seule de poser le diagnostic de fièvre typhoïde, justifié par l'évolution morbide.

IV. — Dans tous les cas, le sérum de typhique, dilué au moins 32 fois, peut être employé, sans perdre son action nettement agglutinante, sur les bacilles typhiques, si on le fait agir au moins 30 minutes. Mais du sérum d'autres provenances peut être quelquefois actif si sa dilution n'est que de 16 fois. Il est vrai que souvent il n'agit pas à une dilution de 4 à 8 fois. Il faut donc n'employer le sérum qu'à une dilution de 33 fois.

V. — Van Oordt considère que le sérum typhique employé à la dilution de 1/40 constitue un moyen de diagnostic différentiel inappréciable entre les méningites et la fièvre typhoïde. C. LUZET.

GÉRAUD et REMLINGER. Syndrôme de Weber apparu au cours d'une fièvre typhoïde anormale, diagnostiquée par le procédé de Widal; hystérie toxique probable (*Bull. méd., p. 369, 1897*).

Soldat de 22 ans, entré à l'hôpital le 4 janvier, pris le 12 janvier, subitement, d'hémiplégie gauche avec hémianesthésie, le 13 janvier, chute de la paupière supérieure droite et un peu de strabisme externe; dans la nuit du 13 au 14 crise convulsive hystériforme. Mort le 11 février. A l'autopsie, tuméfaction des plaques de Peyer; dans le cerveau, la protubérance et le bulbe on ne trouve rien qui puisse expliquer les phénomènes nerveux observés.

Les auteurs pensent donc qu'il s'agit là d'une hémiplégie alterne de nature hystérique, tout en faisant quelques réserves sur la possibilité de phénomènes d'intoxication portant sur les noyaux bulbo-protubérantiels. Ils rappellent l'observation de syndrôme de Weber hystérique, publiée par Charcot, et font remarquer que dans leur cas il ne s'agissait pas d'une occlusion spasmodique de la paupière, mais bien d'une véritable chute paralytique de celle-ci. PIERRE MARIE.

I. — J.-C.-Th. SCHEFFER. Ueber die Vidal'sche Serumdiagnose des Typhus abdominalis (*Berlin. klin. Woch., n° 11, 15 mars 1897*).

II. — Richard STERN. Ueber Fehlerquellen der Serodiagnostik (*Ibid., n°s 11 et 12, 15 et 22 mars 1897*).

III. — KUEHNAU. Ueber die Bedeutung der Serodiagnostik beim Abdominaltyphus (*Ibid., n° 19, 10 mai 1897*).

IV. — BLUMENTHAL. Ueber das Ausbleiben der Widal'schen Reaction bei einem sicheren Typhusfall (*Ibid., n° 18, p. 390, 3 mai 1897*).

I. — Scheffer a soumis à l'épreuve de Widal, 21 cas de fièvre typhoïde qui tous ont donné un résultat positif. Il a constaté l'efficacité de ce procédé diagnostique en particulier dans deux cas où la fièvre typhoïde et la diphtérie se trouvaient associées chez le même malade. Il a poussé les dilutions jusqu'à une partie de sérum pour 100 de cultures.

II. — Les recherches de Stern ont été effectuées sur 19 malades en puissance ou en convalescence de la fièvre typhoïde et sur 70 individus,

Digitized by Google

les uns sains, les autres atteints d'affections variées. Selon lui, la réaction de Widal est sujette à 3 causes d'erreur. La première tient à ce que les sérums de non-typhoïdiques sont doués du pouvoir d'agglutiner les bacilles d'Eberth, si l'on tente la réaction suivant les premières prescriptions de son auteur qui recommandait la proportion d'un dixième. Pour y remédier, il suffira de s'assurer chaque fois sous quelle dose le sérum non-typhoïdique perd la propriété d'agglutiner les bacilles de la culture typhoïdique qu'on désire examiner.

Une deuxième cause d'erreur est due à ce que la réaction positive peut manquer dans les premières semaines de la maladie; d'où l'indication de réitérer les tentatives jusqu'au quatrième septénaire.

Enfin, la dernière cause d'erreur réside dans la persistance de la réaction positive après la maladie, durant des mois ou même des années. En l'absence de tous symptômes morbides, la réaction spécifique du sang peut se montrer chez les individus doués d'une immunité congénitale à l'égard de la fièvre typhoïde; ces individus peuvent être infectés par les bacilles d'Eberth, sans devenir malades, de la même façon que le fait est connu pour le choléra et la diphtérie. Stern en cite un cas chez un garçon de 7 ans, dont les parents et les frères et sœurs avaient la fièvre typhoïde; dans cette famille, tout le monde couchait dans le même lit. Pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, d'ailleurs rare, on devra évaluer fréquemment le pouvoir agglutinant du sang et en suivre les oscillations.

III. — Kühnau a pratiqué ses recherches sur 7 cas avérés de dothiénentérie, sur un certain nombre de personnes ayant eu antérieurement cette maladie, enfin, sur une cinquantaine de fébricitants ou d'individus sains les uns et les autres sans antécédents typhoïdiques. Il s'est servi de la dilution au cinquantième, suffisante pour éliminer les erreurs dues aux sérums normaux les plus actifs. Comme critère d'appréciation de la réaction, il ne prend pas, comme Stern, la formation d'amas, mais l'immobilité des bacilles qui n'apparaît que beaucoup plus tard. Il insiste sur les conditions qui, outre une dilution convenable, importent à la réussite de l'épreuve : l'âge des cultures, leur degré de virulence, celui de leur concentration, etc... Les cultures un peu vieilles fournissent la réaction avec des dilutions beaucoup plus étendues, et même normalement, elles donnent lieu à des amas de bacilles et à l'immobilité de beaucoup d'entre eux. Les cultures de bacilles peu virulents procurent plus facilement une réaction positive. Kühnau emploie toujours des cultures sur agar de 15 heures, de même concentration (environ cent vingt millions de germes par centimètre cube du liquide suspenseur), tenues à la température de 37° et examinées deux heures après leur introduction dans l'étuve.

Chez une personne ayant eu la fièvre typhoïde 7 ans auparavant, le sérum offrait la réaction agglutinative à la dose de 1/60.

Les sérums normaux très actifs exercent leur pouvoir d'agglutination non seulement sur les bacilles d'Eberth, mais aussi sur les bacilles coliques et même sur les vibrions. Kühnau pense avoir trouvé un moyen de décider dans les cas douteux, s'il s'agit de la réaction spécifique, en examinant la manière dont se comporte le sérum suspect en présence du bacille d'Escherich. Quand les bacilles typhoïdiques et coliques sont influencés identiquement, on a affaire à un sérum normal très actif;

Digitized by Google

quand l'agglutination des premiers est beaucoup plus accentuée que celle des seconds, il s'agit d'un sérum typhoïdique. Kühnau croit qu'il faut toujours recourir au microscope qui donne une réaction à la fois plus prompte et plus certaine; la réaction microscopique n'est utilisable que pour des sérums très actifs et moyennement concentrés.

IV. — Infirmière de 21 ans, présentant l'ensemble des symptômes de la fièvre typhoïde constatés également par von Leyden. Le douzième jour de la maladie, le sang prélevé avec des ventouses thoraciques, donna une réaction douteuse, lorsque la dilution était de 1 pour 5, et complétement négative, lorsqu'elle était de 1 pour 10.

Le vingt-unième jour, le sang pris dans une veine brachiale fournit encore une réaction négative. L'apyrexie se produisit le vingt-septième jour et deux jours plus tard seulement, on obtint une réaction positive.

Dans la discussion, *Stadelmann* dit avoir trouvé la réaction de Widal en défaut dans un cas de fièvre typhoïde, vérifié à l'autopsie.

Fürbringer a également observé un cas de dothiénentérie qui ne donnait pas la réaction de Widal. J. B.

CASTAIGNE. Contribution à l'étude du sérum lactescent (*Arch. gén. de méd., juin 1897*).

Dans aucun des cas examinés le sérum lactescent ne renfermait de granulations graisseuses; on peut trouver l'opalescence du sérum chez des malades qui n'ont plus d'albumine depuis plusieurs jours, même chez des malades qui n'en ont jamais eu; donc l'albuminurie ne coïncide pas toujours avec l'opalescence du sérum.

Le sérum n'est pas lactescent dans les néphrites chroniques; il l'est très fréquemment dans le cours des affections aiguës ou subaiguës du rein avec lésions épithéliales. H. L.

G. Washington ISAAC. A case of recurrent icteric hœmoglobinuria (*Brit. med. Journ., p. 1444, 14 nov. 1896*).

Femme de 29 ans, de bonne santé, non sujette à des accidents d'impaludisme. Une pleurésie il y a sept ans.

Le 28 décembre 1895, début par des frissons, des vomissements, de la fièvre. Urines noires; le lendemain matin, jaunisse très accentuée qui dure quarante-huit heures. Les urines redeviennent brusquement normales, et tout rentre dans l'ordre.

Le 3 février même incident, moins les phénomènes fébriles du début; ictère et urines noires comme du café; le tout dure trois jours. Pareil accident se reproduit le 4 mars et le 2 juin. Ce jour là, examen approfondi. La jaunisse n'est pas liée à de l'obstruction biliaire, les garde-robes sont colorées, le foie est normal, les reins non douloureux.

L'urine semble sanguinolente mais ne contient aucun globule; au spectroscope, on constate la bande de l'oxyhémoglobine. Il n'existe pas de pigment biliaire dans l'urine. C'est un cas d'hémoglobinurie pure donnant lieu à un ictère hémaphéique. L'étiologie est restée obscure. H. RENDU.

Digitized by Google

EWALD. Paroxysmale Hämoglobinurie (*Berlin. klin. Woch., n° 32, p. 722, 10 août 1896*).

Employé de chemin de fer, âgé de 40 ans, non paludéen ; à 26 ans, chancre induré sans accidents consécutifs ; à 28 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Depuis plusieurs années, à chaque saison froide, il a des accès d'hémoglobinurie paroxystique ; mais il lui suffit de rester dans une pièce chaude, pour les éviter. La rate augmente un peu de volume à chaque accès, mais reprend ses dimensions normales dans les intervalles libres pourvu qu'ils ne soient pas trop courts.

Chez un autre malade, où la rate était constamment volumineuse, quand au déclin des accès, alors qu'on ne percevait plus la raie spectroscopique de la méthémoglobine dans l'urine, on ajoutait, à l'urine, du sang dilué, les raies de l'hémoglobine disparaissaient du sang et étaient bientôt remplacées par la raie de méthémoglobine.

Chez ces deux hommes, Ewald a expérimenté l'effet des inhalations de nitrite d'amyle avant ou pendant l'attaque, sans que l'hémoglobinurie en ait été influencée. Comme Chwostek, E. a seulement remarqué qu'il fallait administrer de hautes doses, plus de 20 gouttes, pour obtenir la dilatation des vaisseaux de la face. J. B.

NAKARAI. Ueber Hämatoporphyrinurie (*Deutsche Archiv f. klin. Med., LVIII, p. 165*).

L'hématoporphyrinurie est un symptôme constant dans les diverses intoxications saturnines ; on la rencontre aussi dans l'intoxication par le sulfurol et dans les hémorragies intestinales, mais elle est rare en général dans les autres maladies. La pathogénie de cette affection et sa valeur pronostique paraissent varier dans les différents processus morbides. On ignore encore si l'hémorragie intestinale seule est la cause de ce symptôme dans l'intoxication par le sulfurol et par le plomb. Son origine chez l'homme à l'état normal est encore fort obscure. C. LUZET.

GUMPRECHT. Leukocytenzerfall im Blute bei Leukämie..... (Destruction des leucocytes dans le sang dans la leucémie et dans les anémies graves) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVII, p. 523*).

On sait qu'il existe dans la leucémie une augmentation de l'acide urique excrété, en rapport avec une destruction des cellules de l'organisme. Les auteurs ont constaté que les leucocytes de diverses provenances librement suspendus dégénèrent en dehors du corps ou par l'action de la chaleur, suivant le type de l'hypochromatose ; les contours du noyau deviennent inégaux, sa structure s'efface et sa chromatine disparait lentement. Dans quelques anémies graves, la dégénération des leucocytes se fait de la même façon. Dans les leucémies, surtout à marche aiguë, la richesse de ces formes cellulaires ainsi dégénérées est considérable. Dans les anémies graves, on peut aussi trouver, mais pas constamment, une dégénérescence leucocytaire, quelquefois presque aussi étendue que dans le sang leucémique. Dans le sang normal, la dégénérescence leucocytaire est nulle ou très restreinte, si on n'y fait pas entrer les formes polynucléaires qui sont vraisemblablement des formes vieillies.

C. LUZET.

Digitized by Google

SEITZ. Ueber Scharlach (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 85, 25 janv. 1897*).

A la policlinique de la Faculté de Munich, S. a étudié 669 cas de scarlatine; 366 d'entre eux étaient des cas isolés; ils ont fourni 31 décès, soit une mortalité de 8,4 pour cent, tandis que les 303 autres cas observés dans 124 familles ont fourni 47 décès, soit une mortalité de 15,5 pour cent. Il y a eu 5 cas de contagion tardive chez les personnes qui soignaient les enfants malades et quelques cas également tardifs parmi les élèves.

Complications : 167 néphrites, 43 pneumonies, 35 otites, 28 troubles visuels, 24 entérites, 18 myocardites, 10 endo- et péricardites, 8 diphtéries, 5 œdèmes de la glotte, 3 dysenteries et 3 rougeoles. On a observé 2 récidives, l'une au bout d'un an, l'autre après un intervalle de plusieurs années.

15 fois, il s'agissait de la forme maligne; parmi les autres causes de décès se trouvent 16 fois l'urémie, 15 fois la septicémie, 8 fois le cœur, 7 fois la pleurésie, 4 fois l'œdème de la glotte, 2 fois la diphtérie et 1 fois la méningite.

La diététique la plus sérieuse ne peut toujours éviter l'apparition d'une néphrite qui ne dépend pas uniquement des dispositions individuelles, mais aussi du génie épidémique. La forme hémorragique de la néphrite s'observe plus communément dans le semestre d'hiver. 2 des scarlatineux néphritiques ont eu de l'amaurose qui a parfaitement guéri.

Sous le rapport du traitement, von Ziemssen déclare se louer des badigeonnages avec des pinceaux de charpie trempés dans l'acide phénique pratiqués sur les enduits des amygdales. A la suite de cette médication, il a vu rapidement une amélioration de l'état général, une diminution de la fièvre et des adénites sous-maxillaires. Le sérum curatif lui a aussi rendu des services. J. B.

LINDSAY. The diagnosis of scarlatina (*Brit. med. Journ.., p. 463, 20 fév. 1897*).

Lindsay passe en revue les difficultés cliniques du diagnostic de la scarlatine. Il insiste sur les points suivants :

a) Importance considérable du vomissement initial des scarlatineux, qui manque presque toujours dans la rougeole, la rubéole et les autres éruptions similaires.

b) Fréquence anormale du pouls dans les premières 24 heures, presque spéciale à la scarlatine.

c) Absence de l'éruption sur la face et pâleur de l'orifice buccal chez les vrais scarlatineux.

d) Absence de tuméfaction précoce des ganglions sous-maxillaires dans les formes bénignes et apyrétiques de la scarlatine, alors que dans la rubéole l'éruption de la face est la règle et s'accompagne toujours d'adénite sous-maxillaire.

Malgré ces signes différentiels, il est des cas où le diagnostic est à peu près impossible. H. RENDU.

Digitized by Google

STEINER. Eine bisher Kamm bekannte..... (Une complication encore peu connue du rhumatisme articulaire aigu) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 237*).

L'auteur attire l'attention sur la fréquence des périnévrites dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans les nombreuses observations recueillies, il note que l'on a constaté de la sensibilité sur le trajet de quelques troncs nerveux. Il existe sans doute un rapport étiologique entre la polyarthrite rhumatismale et la polynévrite. Beaucoup des paralysies musculaires dites rhumatismales reposent au point de vue de l'auteur sur des processus périneuritiques et neuritiques. C. LUZET.

F. BARJON. La radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes; du syndrome rhumatismal chronique déformant (*Thèse de Lyon, 1897*).

Le rhumatisme chronique déformant se développe chez les débilités, les prédisposés, les héréditaires sous des influences pathogéniques multiples : rhumatisme articulaire aigu, pseudo-rhumatismes (blennorragie, scarlatine, tuberculose, diphtérie, etc.) Dans aucun cas il ne paraît dépendre d'une lésion primitive des centres nerveux. Dans ces diverses manifestations chroniques polyarticulaires, il existe un syndrome clinique, toujours le même, évoluant en trois périodes : *articulaire*, *névrotrophique* et *myélopathique*, s'accompagnant toujours des mêmes lésions anatomiques essentielles au niveau des articulations et des extrémités osseuses et ayant constamment une courbe uro-séméiographique identique. L'auteur propose le nom de *syndrome rhumatismal chronique déformant*. La distinction actuellement établie entre l'affection dite rhumatisme vrai et les pseudo-rhumatismes doit être considérée comme provisoire. Elle est destinée à disparaître devant la détermination de plus en plus précise des causes de chaque processus rhumatismal et des conditions qui font varier l'évolution ultérieure de ce même processus une fois produit. L'emploi des rayons X peut être très utile pour permettre de différencier les lésions anatomiques créées par le syndrome rhumatismal chronique de celles des autres arthropathies déformantes (goutte et affections nerveuses). H. FRENKEL.

V. HARRIS. A case of osteo-arthropaty in phthisis (*Brit. med. Journ., p. 7, 2 janv. 1897*).

Il s'agit d'un homme primitivement robuste, atteint d'une lésion tuberculeuse limitée d'un poumon, à tendances scléreuses. Pendant l'évolution de cette lésion, survinrent des déformations des articulations et des phalanges répondant au type d'ostéo-arthrite hypertrophique de P. Marie. Les déformations sont localisées aux poignets, aux mains, aux genoux, aux coudes et aux pieds. Aux mains elles sont surtout prononcées. Chaque doigt, surtout le médius et l'annulaire, est augmenté du volume et épaissi uniformément, sans que la dernière phalange soit en baguette de tambour. Les articulations phalangiennes ne sont pas noueuses comme dans le rhumatisme : elles ne présentent pas d'hydarthrose, sauf au niveau du genou. Les téguments sont durs et empâtés; l'affection est absolument indolente. H. RENDU.

Digitized by Google

Samuel WEST. Rapidly developed clubbing of the fingers (*Brit. med. Journ., p. 1505, 21 nov. 1896*).

1° Un homme de 36 ans est atteint d'une pleurésie purulente qui nécessite l'empyème. Le début des accidents remonte à trois semaines ; au bout de trois autres semaines, les doigts sont complètement déformés et en massue. La guérison survient et la déformation disparaît au bout de trois mois.

2° Femme de 50 ans, atteinte de gastrite par ingestion accidentelle d'ammoniaque. Quatre semaines après l'accident, les doigts ont pris l'aspect de doigts en massue.

Trousseau a cité un fait du même ordre, où la déformation des doigts se produisit en quinze jours. H. RENDU.

WILM. Ueber die Pestepidemie in Hongkong im Jahre 1896 (*Hyg. Rundsch., 1er et 15 mars 1897*).

Wilm a traité 300 malades et examiné 867 cadavres de victimes de l'épidémie. Ordinairement, la maladie débuta sans prodrômes, par un violent frisson avec sensation de chaleur, rapidement suivi d'une grande prostration, de fièvre, de tuméfactions ganglionnaires, etc. En cas de phénomènes prodromiques, ceux-ci ne duraient que quelques heures ou 2 jours au plus et consistaient en lassitude, céphalalgie, sensation vertigineuse, inappétence et lombalgie. Bientôt le facies prenait une expression contractée, douloureuse, toute spéciale ; le pourtour des orbites, le front et les joues étaient colorés en bleu noir, les conjonctives oculaires s'injectaient, les yeux s'enfonçaient et le regard devenait fixe et vide ; la parole était difficile, la démarche titubante, les sens et l'intelligence obtus. Le délire se bornait en général à de la mussitation et du crocidisme ; mais, même dans les cas les plus graves, la conscience pouvait persister jusqu'à la fin. La fièvre, constante, mais très variable d'intensité et de durée, n'affectait aucun type uniforme et n'était pas en rapport avec la gravité de la maladie. 3 0/0 des malades eurent des ulcères d'aspect charbonneux, près de l'ombilic, dans le dos, sur les omoplates, au cou ou aux jambes ; ils débutaient par une tache ecchymotique ressemblant à une piqûre de puce, qui grandissait et se recouvrait de petites vésicules, tandis que le pourtour gonflait et s'indurait ; puis le centre de la tumeur se gangrenait en donnant lieu à une ulcération pouvant atteindre les dimensions d'un dollar. Chez 73 0/0 des malades, les bubons variaient de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle du poing, tandis que chez les autres, les ganglions, généralement indolents, avaient au plus le volume d'une noisette. Après les aines, leurs sièges de prédilection étaient l'aisselle, l'angle de la mâchoire, la région sous-maxillaire et la nuque. En général, il n'existait qu'un de ces bubons ; partout les ganglions profonds étaient pris avant les superficiels. 90 0/0 des bubons ont suppuré et la cicatrisation a réclamé de 1 à 4 mois. A l'apogée de l'épidémie, la mortalité a été la même dans les cas à bubons que dans les cas sans bubons. La langue et les lèvres étaient celles des typhoïdiques ; les vomissements incoercibles étaient fréquents. Chez la plupart des malades qui n'avaient pas de bubons, les symptômes intestinaux étaient prédominants. C'est l'appareil respiratoire qui était le moins affecté ;

Digitized by Google

dans un dixième des cas, il y eut du catarrhe bronchique avec expectoration parfois sanglante. Chez 95 0/0 des malades, au début l'urine renfermait un peu d'albumine. Il y eut quelquefois de la conjonctivite purulente, de la kératite à hypopyon et 5 cas de panophtalmie. Les 300 pestiférés de Wilm comprennent 189 hommes, 51 femmes et 60 enfants ; les Européens n'étaient qu'au nombre de 6. La mortalité hospitalière a été de 73 0/0 ; 70 fois sur 100, la mort est survenue dans les 6 premiers jours. Celle des Européens a été de 50 0/0. Les principales lésions anatomopathologiques étaient de la congestion et des hémorragies de tous les viscères, des altérations parenchymateuses du foie et des reins, de l'hypertrophie de la rate, de tous les ganglions viscéraux, ainsi que des follicules isolés de l'intestin et des plaques de Peyer fréquemment exulcérées. Les bubons extérieurs formaient souvent une chaîne continue avec les ganglions des régions voisines ou avec ceux de l'intérieur du corps. Dans les cas sans bubons, c'étaient les lésions de l'appareil digestif qui étaient le plus prononcées. Après la mort, les bacilles de Kitasato et de Yersin étaient toujours visibles sous le microscope dans la rate et les bubons et fréquemment aussi dans les globules blancs du sang ; les cultures les décelaient en outre dans le poumon, le foie, les reins, les parois de l'estomac et de l'intestin, l'urine et les matières fécales. Pendant la vie, Wilm les a constatés, en petit nombre, dans le sang, 81 fois sur 100, accompagnés dans un cinquième des cas de staphylocoques, surtout du pyogène doré ; à côté des bacilles spécifiques, généralement peu nombreux, le pus des bubons contenait aussi le staphylocoque et parfois le bacille colique. Tandis que Wilm n'a jamais pu découvrir le bacille spécifique dans la sueur, il l'a trouvé 18 fois sur 20 dans les vomissements et dans les crachats, 14 fois sur 18 dans la salive, 30 fois sur 45 dans les matières fécales et 40 fois dans l'urine.

En ce qui concerne le mode d'apparition et de propagation de l'épidémie, il est bon de savoir que les 215,000 Chinois de la colonie sont agglomérés sur un espace de terrain de 10 à 15 fois moins étendu que celui sur lequel vivent les 6,000 Européens. Le bacille de la peste résiste mal à la dessiccation et à la chaleur : il devient incapable de développement quand on l'a exposé 4 heures au soleil, à la température de 42°, ou laissé 4 jours 1/2 à celle de 30° dans une chambre, ou encore 3 heures dans l'exsiccateur. Les principaux agents propagatifs de la peste sont en premier lieu les malades eux-mêmes, ensuite les objets qu'ils ont souillés, et enfin les animaux, tels que rats et porcs. Wilm a souvent trouvé des bacilles sur les vêtements et la literie imprégnés de matières fécales et d'urine. Ayant gardé dans des boîtes de Petri des morceaux de toile stérilisés et trempés ensuite dans une culture en bouillon de bacilles, il a constaté que ceux-ci se développaient encore au bout de 4 semaines sur des plaques d'agar. Le rôle des animaux ressort des rapports des missionnaires et médecins qui ont noté que chaque épidémie de peste en Chine était précédée ou accompagnée d'une forte mortalité parmi les souris, rats, porcs, bœufs, chiens et poules. Les mouches sont aussi un agent vecteur de la maladie. Le simple contact des corps vivants ou morts n'est pas dangereux et le bacille ne s'introduit pas par les voies respiratoires ; d'ailleurs, Wilm l'a vainement cherché dans l'air. Ses voies de pénétration sont la peau et surtout l'appareil

Digitized by Google

digestif. Le meilleur procédé pour désinfecter les excrétions des malades est l'ébullition, car les bacilles succombent au bout d'une heure à la température de 58°, au bout de 20 minutes à celle de 80° et de 10 minutes à celle de 100°. Une solution à 5 0/0 de créoline ou d'acide phénique les tue en 5 minutes, le lait de chaux au même titre en 10 minutes. J. B.

L.-F. CHILDE. Remarks on the occurrence of plague pneumonia (*Brit. med. Journ. p. 1215, 15 mai 1897*).

Dans la peste de Bombay, à côté de cas où l'infection était bubonique, il y a eu de nombreux exemples de pneumonie pesteuse sans bubon. L'observation suivante est un exemple de cette forme :

Un Hindou, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital au 7e jour d'une fièvre accompagnée de toux, sans adénopathies ; il meurt 48 heures plus tard. A l'autopsie, congestion et œdème du poumon, avec sérosité sanguinolente, mais absence de pus : deux ou trois foyers de pneumonie lobulaire disséminés, à hépatisation rouge entourée d'une sorte d'anneau d'infiltration d'un brun foncé. Tous les autres viscères sont congestionnés, ainsi que les ganglions axillaires et lombaires qui sont un peu rouges et friables. Le suc pulmonaire et le suc splénique, cultivés sur agar, fournissent du bacille pesteux.

L'auteur a vu douze cas de ce genre : l'un a trait à la maladie d'un médecin, qui, le 2 janvier, est pris de frisson, de vomissements et de courbature générale ; le 3, la température s'élève et il se plaint d'une douleur axillaire.

Le 4, même état général, apparition d'un foyer de râles crépitants sans dyspnée ni fuliginosités linguales, ni crachats rouillés.

Le 5, aggravation des symptômes, toujours en contradiction avec les signes locaux d'auscultation ; mort le 6.

La femme de service qui soignait ce médecin tombe malade à son tour le 7 janvier, et meurt le 10, après avoir présenté des signes de pneumonie sans bubon et sans crachats rouillés.

Cette forme de peste pneumonique est la plus infectieuse et la plus dangereuse de toutes ; elle est un des agents le plus fréquents et le plus insidieux de la dissémination du mal. H. RENDU.

James CANTLIE. On the spread of plague (*Brit. med. Journ., p. 72, 9 janv. 1897*).

De cette étude sur la peste, nous extrayons certains faits intéressants et peu connus.

En regard de cas pernicieux et foudroyants de peste bubonique, il existe une forme atténuée (pestis minor) caractérisée par une polyadénite bénigne, n'aboutissant pas à la gangrène, mais coïncidant avec une anémie rapide et une dépression notable des forces. A cette variété appartiennent les épidémies d'Astrakhan (1877) celle qui, il y a six ans, régna à Calcutta sur les troupes anglaises, celle qui se montra, de 1892 à 1896, de Singapour à Shanghaï : enfin la maladie que décrivit Godding à Hong-Kong (*Brit. med. j.*, septembre 1896). Il s'agit d'un bubon non vénérien, se développant lentement, envahissant les ganglions isolément,

Digitized by Google

d'abord, puis formant une masse grosse comme une orange, et finissant par suppurer, en donnant lieu à une série de fistules. Quand on incise ces bubons, on constate une infiltration séreuse du tissu cellulaire autour des ganglions suppurés, qui se trouvent disséqués et s'énucléent en masse. Une autre forme, fréquente surtout chez les enfants, consiste en un gonflement spécial des ganglions sous-sternomastoïdien qui se produit indépendamment de toute angine et n'a aucune connexion avec les oreillons. Ce développement de bubons coexiste fréquemment avec une fièvre à type typho-malarial.

Relativement à l'origine de la peste, Cantlie croit à l'infection initiale du rat; dans toutes les épidémies et dans toutes les maisons où se développe la maladie, on voit des cadavres de rats qui meurent brusquement, et sèment l'infection soit par leur odeur, soit parce qu'ils sont mangés par d'autres rats. Les chats semblent épargnés: pourtant à Hong-Kong, en 1894, beaucoup succombèrent avec une paraplégie très spéciale. La durée de l'incubation, dans les cas ordinaires, est de trois à six jours : peut-être plus longue dans les formes atténuées.

L'agent microbien de la peste est le microbe décrit en 1894 par Kitasato et retrouvé par Yersin dans le sol de Hong-Kong. Il est remarquable que de toutes les maladies épidémiques, la peste est celle qui se diffuse le plus lentement : elle a mis dix mois à gagner Macao distant de Hong-Kong de 30 milles. Les grosses chaleurs, l'encombrement, la saleté jouent un rôle incontestable dans son extension. H. RENDU.

I. — Rudolf ABEL. Étude sur le bacille de la peste (*Centralbl. f. Bakter.*, *XXI*, *p. 497*).

II. — OGATA. (de Tokio). L'épidémie de peste à Formose (*Ibid.*, *XXI*, *p. 770*).

I. — Ce travail est destiné à compléter les monographies antérieures de Kitasato, Yersin, Calmette et Borrel, Kolle et Wilm. Les recherches instituées par l'auteur ont eu surtout pour but d'étudier la bactériologie de la peste au point de vue de l'hygiène et d'établir les moyens d'assurer le diagnostic bactériologique de cette maladie, de déterminer son mode de dissémination et d'instituer une utile prophylaxie.

On doit rechercher le bacille de la peste dans le sang du malade, où on le trouve généralement, non à l'aide de la simple recherche microscopique, qui ne donne pas toujours de résultats positifs, mais encore à l'aide de cultures et au besoin d'inoculations aux animaux. Kitasato a montré que l'on peut trouver des bacilles de la peste dans le sang des convalescents trois ou quatre semaines après la fin de leur maladie ; de sorte qu'on peut établir ainsi un diagnostic rétrospectif. Il en est de même pour les urines qui contiennent également des bacilles de la peste pendant la maladie et durant la convalescence (Wilm). Il va de soi que l'on recherchera le bacille de la peste dans le pus des bubons de préférence, lorsque ce sera possible.

L'inoculation de la peste peut se faire par une plaie extérieure quelle que légère qu'elle soit. Le bacille peut aussi pénétrer dans l'organisme par ingestion ; il peut y être, en effet, introduit par les légumes et les fruits et peut vivre dans l'eau plusieurs semaines. L'infection par les

Digitized by Google

voies respiratoires doit être exceptionnelle, car le bacille de la peste supporte mal le degré de dessiccation nécessaire pour qu'il puisse être transporté par l'air avec des poussières; on ne conçoit guère la possibilité de ce mode de contamination que par l'inspiration du contage au moment où un pestiféré éternue.

Le contage existe chez le malade dans ses sécrétions aussi bien que ses excrétions ; tout ce qui peut avoir été ainsi contaminé doit donc être considéré comme suspect. Le convalescent peut transmettre la maladie; car ses urines, son sang, le pus des bubons renferment encore le bacille de quatre à six semaines et même plus après le début de la maladie.

Le bacille de la peste conserve longtemps sa vitalité en dehors de l'organisme humain, surtout dans des locaux sombres et humides.

Il résiste mal à la dessication et à la lumière.

Les animaux pouvant transmettre la peste sont surtout les souris et les rats, les porcs et les insectes. Les bœufs peuvent être atteints par la peste, mais l'importation de leurs peaux n'a pas d'inconvénients à cause de la dessication prolongée à laquelle elles ont été soumises.

Les règles prophylactiques à établir contre la peste sont à peu près les mêmes que celles qui sont instituées contre le choléra.

Pour la désinfection ou aura recours à la vapeur sous pression qui donne les meilleures résultats. On obtient une désinfection suffisante en soumettant les objets à la chaleur sèche à 100° pendant une heure. Les meilleurs désinfectants chimiques sont: le sublimé à 1 p. 1000, le lysol et le chlorure de calcium en solution à 1 p. 100, l'acide phénique à 5 p. 100.

On emploie le lait de chaux pour désinfecter la cale des navires.

La valeur prophylactique du sérum antipesteux n'est pas encore bien établie.

II. — L'auteur, chargé d'étudier cette épidémie au point de vue bactériologique, rapporte que la mortalité par la peste était d'environ 56,1 p. 100.

Il n'est pas bien établi si la peste était déjà endémique à Formose, ou si elle a été importée de Hong-Kong ou de Canton. Malgré les affirmations contraires des habitants, Ogata est assez porté à admettre que la peste s'était déjà montrée antérieurement dans l'île, car les habitants signalaient autrefois comme très redoutable une maladie des rats transmissible à l'homme.

Dans les cas qu'il a étudiés pendant cette épidémie, l'auteur a isolé un bacille identique à celui décrit par Yersin, mais différent de celui de Kitasato. Il ajoute d'ailleurs et démontre par des citations que les bacilles de Kitasato et de Yersin ne peuvent être considérés comme le même microbe, contrairement à ce que pensent plusieurs auteurs. Il a toujours retrouvé le bacille de Yersin dans les ganglions, les organes internes et le sang des animaux (souris, cobayes, lapins et chats) inoculés avec ce même bacille et des rats spontanément atteints de peste.

Ce bacille ne se retrouve pas constamment dans le sang des pestiférés, même dans les cas les plus graves. Il a été isolé par Ogata de l'urine d'un pestiféré et de la bile et de l'urine de deux sujets ayant succombé à la peste. On peut trouver dans le sang, les ganglions et les organes

Digitized by Google

internes des pestiférés, non seulement le bacille de la peste, mais encore des microbes d'infection secondaire.

Les mouches qu'on trouve sur les rats atteints de la peste transportent des bacilles virulents qui peuvent ainsi transmettre la maladie à l'homme ainsi que les moustiques et les insectes.

L'auteur n'a pu démontrer la présence du bacille de la peste dans le sol des maisons infectées, par l'inoculation aux animaux.

H. BOURGES.

C. ZABOLOTNY. Sur les propriétés agglutinantes du sérum dans la peste (*Arch. russes de pathol.*, *31 mai 1897*).

La propriété agglutinante n'existe pas pendant les 5-7 premiers jours de la maladie. Elle commence à se manifester vers le deuxième septenaire; elle devient plus prononcée au début de la troisième semaine, est évidente pendant la quatrième semaine. Les cas les plus graves offrent la propriété agglutinante la plus puissante.

Le sang après la mort a perdu la propriété agglutinante.

JANCSÓ et ROSENBERGER. Blutuntersuchungen der in Jahre 1894..... (Recherches hématologiques sur les cas de malaria survenus en 1894) (*Deutsche Archiv für klin. Med.*, *LVII*, *p. 449*).

Les auteurs, d'après leurs recherches, distinguent trois sortes de parasites malariques nettement distincts, aux points de vue tant biologique que morphologique. Le parasite de la fièvre quarte se divise au moment de la sporulation en 6-10 spores. Celles-ci nagent librement dans le plasma sanguin, ont les mouvements actifs et facilement s'accolent aux globules du sang, Tandis que le corps de sporulation du parasite de la fièvre quarte a une forme d'astérique, celui de la tierce a plutôt les contours d'une framboise et se divise en un bien plus grand nombre de spores (environ 25). Le moment de la fièvre correspond toujours avec celui de la sporulation. La fièvre quotidienne peut être produite tantôt par deux générations de formes tierces dont les phases de développement sont séparées par environ 24 heures (fièvres intermittentes, doubles tierces); tantôt par un parasite tout différent ayant au stade de sporulation la forme d'un croissant. Dans ce dernier cas, il s'agit généralement de malaria maligne avec anémie grave secondaire ayant une grande résistance à la quinine.

C. LUZET.

LAVERAN. Du rôle de la rate dans le paludisme (*Bulletin Acad. de méd.*, *16 fév. 1897*).

La rate est le lieu d'élection des hématozoaires; c'est là qu'ils abondent surtout et demeurent le plus longtemps. Les micro-organismes peuvent n'exister chez les anciens paludiques que dans cet organe. Leur séjour à son intérieur explique la tuméfaction, la congestion et la cirrhose spléniques dans le paludisme. Chez les palustres, les traumatismes de la rate, le massage et les douches locales peuvent être causes de rechutes de fièvre intermittente.

Digitized by Google

La rate n'ayant pas un rôle de protection, la splénectomie pour hypersplénie palustre peut être pratiquée sans qu'on ait à redouter ses conséquences au point de vue de l'évolution ultérieure du paludisme; la splénectomie n'est indiquée d'ailleurs que dans les cas très rares où la rate volumineuse et déplacée ou flottante donne lieu à des accidents graves. LEFLAIVE.

V. BABÈS. La septicémie muqueuse (*Bull. Acad. de méd., 16 fév. 1897.*)

Un homme de 60 ans succomba après un séjour de près d'un mois à l'hôpital. Pendant la vie on n'avait constaté qu'une paralysie faciale accompagnée d'anémie très prononcée, un peu de fièvre et d'affaiblissement général.

A l'autopsie, on trouva tous les vaisseaux sanguins d'un certain calibre, et surtout de ceux des méninges, remplis d'une substance blanchâtre muqueuse. Le sang était détruit: les globules rouges étaient transformés en une substance granulo-muqueuse, tandis que les leucocytes étaient plus ou moins nombreux avec des noyaux fragmentés. Ce sang contenait des microbes parmi lesquels se distinguait par sa fréquence un bacille du groupe mucogène, groupe caractérisé par la faculté de transformer les matières organiques en substances muqueuses.

Ce bacille capsulé, très court, de 0,4 millimètres de largeur, cultivant sur le sérum, ne liquéfiant pas la gélatine, est pathogène pour le lapin, mais sans reproduire chez lui la transformation muqueuse du sang.

Dans ce cas, l'amygdale paraît avoir été la porte d'entrée de l'agent pathogène. LEFLAIVE.

SALMON. Contributo alla pathogenesi della clorosi (*Settim. med., 15 et 22 mai 1897*).

Les examens urologiques font penser à l'auteur que la chlorose évolue sur un terrain hyperacide par ralentissement nutritif, auquel prédisposent toutes les causes soit diathésiques, soit accidentelles qui ralentissent le métabolisme organique. Consécutivement à ce ralentissement, il est probable qu'il se produit dans l'ovaire, lieu de moindre résistance chez les jeunes filles des actes d'auto-intoxication. Comme conclusion thérapeutique, l'auteur pense que l'administration de glande ovarique est indiquée dans la chlorose. C. LUZET.

Arthur LUFF. The goulstonian lectures on the chemistry and pathology of gout (*Brit. med. Journ., p. 904, 10 avril 1897*).

Conclusions :

1° L'acide urique n'est jamais présent, à l'état normal, dans le sang de l'homme, des mammifères et des oiseaux.

2° L'acide urique ne se produit, à l'état normal, que dans les reins.

3° Il dérive normalement de l'urée probablement par une combinaison de ce corps avec la glycosine dans les reins.

4° L'acide urique se rencontre dans le sang des goutteux sous forme de quadriurate de soude soluble. Sous cette forme soluble, ce n'est pas un agent toxique. Il se dépose du sang à l'état de biurate de soude, lequel

Digitized by Google

agit passivement et physiquement comme un corps étranger au milieu des tissus.

5° La présence de l'acide urique dans le sang des goutteux est due à l'insuffisance de l'excrétion rénale, et à l'absorption ultérieure dans les tissus de le portion non excrétée par le rein.

6° La goutte est probablement toujours précédée par une affection du rein, fonctionnelle ou organique, qui nuit à l'excrétion de l'acide urique. Le siège probable de cette affection rénale est l'épithélium des tubes contournés.

7° Dans certaines maladies du sang accompagnées de leucocytose, l'acide urique se forme aux dépens de la nucléine : dans ces conditions, il passe dans le sang et s'élimine rapidement par les reins.

8° La solubilité de l'acide urique dans le sang n'est pas atteinte par la diminution de l'alcalinité du sang produite par l'introduction des acides organiques.

9° Le dépôt de biurate de soude n'est pas accéléré par la diminution de l'alcalinité du sang.

10° L'augmentation de l'alcalinité du sang n'accroît pas la solubilité des dépôts de biurate de soude.

11° Les constituants salins des végétaux exercent un pouvoir d'inhibition remarquable sur la décomposition du quadriurate de soude.

12° La solubilité du biurate de soude contenu dans le sang est accrue par la présence des éléments salins des végétaux.

13° La solubilité du biurate de soude, au contraire, est diminuée par la présence des éléments salins de la viande.

14° Les propriétés de certains vins, qui provoquent la goutte, ne sont pas dues à leur acidité, mais probablement à l'action qu'ils exercent sur les fonctions du foie. H. RENDU.

R. WILLIAMSON. Remarks on prognosis in exophthalmic goitre (*Brit. med. Journ., p. 1373, 7 nov. 1896*).

Mémoire intéressant dans lequel l'auteur cherche à apprécier quelles sont les suites naturelles du goitre exophtalmique non traité chirurgicalement. Il a pu rassembler 32 observations dont les malades ont été suivis jusqu'au bout. Voici le résultat de cette enquête :

Sur ces 32, 6 sont morts, 5 ont guéri complètement, 2 presque complètement, au bout de 17 ans et de 7 ans. Ont été améliorés considérablement 5 malades (au bout de 9 ans 1/2, de 7 ans, de 6 et de 2 ans).

Ont éprouvé une légère amélioration 7 malades (durée de l'affection : de 1 à 7 an).

N'ont éprouvé ni amélioration ni aggravation : 6 malades. H. RENDU.

JEANSELME et PAPILLON. Sur la signification du pigment ocre (*Soc. méd. des hôp., 23 avril 1897*).

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune homme de 24 ans dont les symptômes caractéristiques furent une anémie extrême qui se traduisait par la pâleur des téguments et une diminution énorme du nombre des hématies

Digitized by Google

qui tombe à 920,000 peu avant la mort, un ictère léger, une hypertrophie spléno-hépatique sans leucémie, chez qui à l'autopsie on trouva une surcharge de pigments infiltrant les cellules du foie, de la rate et du rein, une accumulation très marquée de ce pigment dans les capillaires et les petits vaisseaux de ces organes. La maladie évolua en moins de deux mois.

Ils admettent que la déglobulisation excessive fut le point de départ; le dépôt du pigment ferrugineux, l'aboutissant, et comme intermédiaire l'accumulation des granulations pigmentaires dans les petits vaisseaux des organes. D'une série d'observations réunies par d'autres auteurs, ils concluent que la surcharge pigmentaire est consécutive à la destruction exagérée des hématies. H. L.

DIEULAFOY. La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin (*Bull. Acad. de méd., 9 mars 1897, et Presse méd., 10 mars 1897*).

Il existe une lithiase intestinale analogue aux lithiases biliaire et urinaire. Elle peut s'observer à tout âge, même chez les très jeunes enfants.

Elle est formée de sable, de graviers et même de calculs, composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante; les matières organique et inorganique sont associées en proportion variable.

La lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entérocolite muco-membraneuse.

Elle fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre que la gravelle urinaire et la gravelle biliaire. Mais il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire et biliaire.

La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales très douloureuses, véritables coliques intestinales lithiasiques dont la durée et l'intensité sont variables et qui sont suivies de l'émission de sable, de graviers, de débacles sableuses avec ou sans matières glaireuses ou membraneuses. Ces crises se répètent coup sur coup pendant 24 à 36 heures ou reviennent plusieurs jours de suite, à heure fixe, quelques heures après les repas.

Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite. Elles n'ont jamais de gravité et ne rélèvent que d'un traitement médical (calmants de la douleur, hygiène alimentaire, cure de Plombières, Pougues, Chatelguyon, Capvern, Vittel, Vichy). LEFLAIVE.

Gerald SICKEL. A case of heat stroke, hyperpyrexia, recovery (*Brit. med. Journ,. p. 745, 19 sept. 1896*).

Un mécanicien de vaisseau, âgée de 29 ans, se présente à la visite médicale avec de la céphalée et des douleurs des membres ; langue sale, aspect malade, température 100° fahr.

Digitized by Google

Le même soir, délire, respiration stertoreuse; température montant en moins d'une heure à 105°, puis à 109°; pouls rapide, petit, face pâle, yeux fixes, pupilles plutôt dilatées, paresseuses, coma. Saignée qui ne soulage en rien le malade, injection sous-cutanée de strychnine et bain froid. La température descend à 101°, sans grande amélioration. A 11 heures le thermomètre remonte à 103°, à minuit 104°,6; convulsions épileptiformes. A 2 heures du matin, 107°,8.

Enveloppement dans le drap mouillé et lotions glacées, sous cette influence la température redevient normale et la conscience reparaît. Thermomètre, 99°. Le lendemain et le surlendemain, pas d'hyperthermie, mais agitation délirante et langue sèche. La convalescence ne s'établit que deux jours plus tard. Aphasie temporaire pendant près d'une semaine. H. RENDU.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Karl BODEN. Ein von Spontan-Heilung einer Blasen-Scheiden-Fistel (*Thèse d'Iena, 1897*).

L'observation de Boden a trait à une primipare à bassin étroit accouchée avec le forceps après deux jours de travail; le 6e jour, on remarqua une fistule vésico-vaginale qui se ferma spontanément au bout de deux mois.

De 1691 à 1895, Boden a compté dans la littérature médicale 235 cas de fistules guéries spontanément chez des femmes. Pour 43 d'entre elles, la cause n'est pas indiquée et 138 sont d'origine puerpérale; 51 fois elles se sont produites dans des accouchements spontanés et 79 fois dans des accouchements ayant nécessité une intervention soit manuelle, soit instrumentale (forceps, surtout).

55 cas étaient compliqués de grossesse, d'autres fistules, de pelvi-péritonite avec épanchement, etc. J. B.

P.-F. MUNDÉ. Virginal and senile endometritis (*Amer. Journ. of obst., juill. 1896*).

Mundé a eu l'occasion d'observer plusieurs fois de l'endométrite chez les vierges ou chez les vieilles femmes; cette affection est même loin d'être rare.

Chez les vierges, il n'a pas observé les lésions congénitales citées par la plupart des auteurs, accuité ou hypertrophie du col, rétroflexion ou antéflexion, comme cause de la métrite. Mais il a constaté un catarrhe chronique avec ectropion et fissures du col, comme cela s'observe chez les femmes accouchées. Le traitement doit consister dans l'excision des portions de muqueuse cervicale hypertrophiée, dans le curetage, dans la suture des lacérations du col.

Digitized by Google

Chez les femmes âgées, ayant dépassé la ménopause, la métrite se traduit par un écoulement séro-muqueux et des érosions du col, et s'accompagne de vulvo-vaginite. L'absence habituelle d'hémorragie permet d'éliminer toute idée de cancer. Dans les cas douteux, d'ailleurs, où les symptômes locaux simulent ceux d'une lésion cancéreuse, l'état général restant satisfaisant, l'examen microspique de parcelles de la muqueuse enlevées avec la curette jugera la question. Mundé préconise comme traitement de cette métrite les cautérisations répétées de la muqueuse utérine et du vagin avec une solution de nitrate d'argent de 5 à 10 0/0. Il les fait suivre d'un pansement à l'iodoforme et au tannin, et il a obtenu ainsi un grand nombre de guérisons. CH. MAYGRIER.

LEWERS. Double uterus with double hæmatometra and complete absence of the vagina (*Trans. of the obst. Soc. of London, XXXVIII, 4*).

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, qui n'avait jamais été réglée. Elle fut amenée à consulter l'auteur à cause de vives douleurs dans l'hypogastre et les reins. En novembre 1893, un examen sous le chloroforme démontra que le vagin était imperforé ; par le rectum on trouva un utérus un peu plus développé que normalement. On se décida pour l'expectation, et ce n'est qu'au bout de 2 ans que, l'utérus s'étant agrandi, on résolut d'intervenir. L'opération fut faite le 2 janvier 1896. Il y avait absence complète du vagin. L'utérus était double et chacune de ses moitiés était distendue par du sang menstruel. Les suites furent excellentes. La menstruation devint par la suite régulière et indolore. La seule difficulté fut de maintenir le vagin ouvert. On retrouva trois mois après l'intervention un petit pessaire, qu'on avait mis dans le vagin pour le maintenir dilaté, incarcéré dans un tissu de granulations et on dut endormir la malade pour le retirer. Il est probable que cet inconvénient eût été évité si l'on eût retiré de temps en temps le pessaire, par exemple tous les mois.

Bien que l'auteur n'ait pas eu recours dans son cas à une laparotomie préliminaire, il estime que cette opération constitue la meilleure ligne de conduite dans des cas analogues. CH. MAYGRIER.

JOCET. Les collections séreuses pelviennes (*Thèse de Paris, 1897*).

Elles se produisent consécutivement à des lésions anciennes de l'utérus ou des annexes. Rarement puerpérales, elles sont ordinairement d'origine blennorragique. Elles surviennent plus ou moins longtemps après l'infection, souvent à l'occasion d'une cause banale, dont il ne faut pas par conséquent exagérer l'importance.

Elles doivent être divisées en deux classes : 1° celles qui sont d'une allure calme, de volume restreint, enkystées dans une loge formée de membranes péri-métro-salpingitiques; 2° celles qui surviennent brusquement, succédant à une lésion inflammatoire de l'utérus, de la trompe, de l'ovaire, se caractérisant en petit par le tableau d'une péritonite. On peut leur réserver la dénomination de pelvipéritonite séreuse. On les observe quelquefois à la suite de la laparatomie et de l'ablation des annexes.

Elles existent seules. Mais à côté des collections séreuses, on a pu rencontrer des collections purulentes. Le diagnostic avec la pelvipéri-

Digitized by Google

tonite suppurée est ordinairement difficile. Les phénomènes réactionnels sont moins intenses. La ponction de la poche et l'émission de la sérosité sont seules pathognomoniques.

Le traitement est chirurgical. L'élytrotomie ne peut avoir raison des collections pelviennes et des lésions concomitantes. En tout cas, si elle est insuffisante, elle ne compromettra en aucune façon une laparatomie ou une hystérectomie consécutives. On devra donc la préférer. PORAK.

MAC ARDLE. Abdominal section for tubercular disease (*Amer. j. of obst., déc. 1896*).

Il n'est pas douteux que la tuberculose des organes génitaux de la femme ne soit plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. Elle atteint par ordre de fréquence les trompes, le corps de l'utérus, les ovaires, le vagin, le col et la vulve. Les trompes sont lésées dans presque tous les cas; le corps de l'utérus l'est dans les trois quarts des cas,et les ovaires une fois sur deux. La maladie peut être primitive, mais elle est souvent aussi secondaire à un foyer primitif existant dans le poumon, la vessie, le rectum ou ailleurs.

Laissant de côté le traitement de la tuberculose des organes génitaux externes, l'auteur ne considère que celle de l'utérus et des trompes.

La métrite tuberculeuse peut être traitée par le curetage, mais, en cas d'échec, on devra recourir à l'hystérectomie, et comme les trompes sont invariablement envahies, c'est à l'ablation totale qu'on devra avoir recours. La tuberculose possible du péritoine n'est pas une contre-indication, puisque la péritonite tuberculeuse peut guérir par l'incision et le drainage.

On ne devra s'abstenir d'enlever l'utérus que dans les cas où les poumons sont profondément atteints. CH. MAYGRIER.

P. SEGOND. Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie (*Revue de gyn., I, p. 20, mars 1897.*)

Au Congrès de chirurgie de Lyon (1894) S. relatait 11 observations destinées à montrer les avantages de l'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes. Depuis cette époque, il a pratiqué 14 nouvelles opérations avec seulement 2 décès (sur les 25 cas); les 2 malades emportées par la cachexie assez longtemps après l'intervention.

Après l'examen détaillé de ces faits, la discussion des indications, S. conclut que l'hystérectomie vaginale est applicable : 1° aux tumeurs annexielles assez volumineuses pour atteindre ou dépasser un peu le niveau de l'ombilic, kystiques ou solides, mais présentant cette double condition ; bilatéralité évidente, mobilité parfaite; 2° aux tumeurs annexielles moins volumineuses et bas situées, kystiques ou solides, mobiles ou enclavées, compliquées ou non d'ascite, mais nettement bilatérales. A. C.

Digitized by Google

P. SEGOND. Le décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale (*Revue de gyn., I, p. 59, janv. 1897*).

C'est une complication fort rare qui a été notée par Terrier, Legueu (*R. S. M.*, XLVII, 178). S. ne l'a observé que 6 fois sur 542 hystérectomies vaginales. Il s'agissait dans ces 6 cas de lésions périutérines inflammatoires; hors 1 cas où elles étaient d'origine puerpérale récente, chez 5 elles remontaient à une date très ancienne. Dans aucun cas, l'opération n'avait présenté de difficultés sérieuses. L'origine de cette escarre sacrée en tout comparable au décubitus aigu, paraît être trophique, liée à une irritation mécanique des nerfs du bassin par les tiraillements et la forcipressure. Quant à la cause déterminante, il ne s'agit pas de compression ni de processus infectieux. S. pense qu'il s'agit là d'une prédisposition spéciale comme pour les escarres survenant après les résections sacrées ou pour les paralysies réflexes d'origine utérine.

A. C.

GESSNER. Ueber den Werth und die Thechnik des Probecurettements (Valeur et technique du curetage explorateur) (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXIV, 3, p. 387*).

Ce mémoire apporte une contribution importante à la question toujours débattue de la valeur respective du curetage explorateur et du toucher intra-utérin. Le curetage est moins dangereux que la dilatation; en permettant l'examen microscopique des parcelles enlevées, il assure bien plus sûrement le diagnostic que le simple toucher de la cavité utérine. Le doigt peut bien reconnaître un néoplasme d'un certain volume, mais non pas le début d'une affection maligne; le microscope seul peut permettre le diagnostic.

58 colpohystérectomies ont été faites à la clinique de gynécologie de Berlin, pour des tumeurs malignes du corps de l'utérus. Sur ces 58 cas, il faut en éliminer 17 dans lesquels, soit que le col fût ouvert, soit qu'il s'agît de tumeurs polypeuses faisant saillie hors du col, le diagnostic fut établi par le toucher et le microscope. Dans les 41 autres cas, l'ablation totale fut faite sur les seules données fournies par l'examen microscopique de parcelles enlevées avec la curette. La seule erreur commise fut que dans 4 cas où on avait diagnostiqué un cancer du corps, il y avait un cancer du col.

Ces 4 faits et d'autres que rapporte Gessner, démontrent jusqu'à l'évidence qu'on doit attacher à l'exploration du col avec la curette une importance beaucoup plus grande qu'on ne le fait généralement. Le microscope permet de diagnostiquer une tumeur maligne, alors que le doigt et le spéculum sont impuissants à le faire.

L'auteur rapporte un cas très intéressant, dans lequel l'examen au microscope d'un lambeau de muqueuse utérine extrait par le curetage lui fit soupçonner la nature maligne d'une petite tumeur ovarique : la laparotomie, pratiquée 7 semaines plus tard, confirma la justesse de cette supposition.

CH. MAYGRIER.

Digitized by Google

V. CHRZANOWSKI. Zwei Fälle von secundärer Verwachsung submucöse Myome mit der gegenüberliegenden Wand des Uterus (Deux cas d'adhérence secondaire de myomes sous-muqueux à la paroi adjacente de l'utérus) (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, *XXXV*, *1*, *p. 11*).

Il s'agit de deux cas dans lesquels de gros myomes sous-muqueux du corps de l'utérus ont, en se développant dans la cavité utérine, contracté secondairement des adhérences avec les parois adjacentes de la matrice.

Dans le premier cas, les adhérences étaient en partie lâches, en partie solides. La muqueuse, hypertrophiée dans la partie restée libre de la cavité utérine, était, au contraire, atrophiée au voisinage des adhérences, et cette atrophie portait sur tous les éléments de la muqueuse. Dans les points adhérents, il n'y avait plus de vestige de muqueuse, ainsi que le démontra le microscope.

Dans le second cas, les adhérences étaient beaucoup plus serrées et formées d'un tissu dense ; il n'y avait plus de cavité utérine proprement dite, sauf une portion de col de 3 centimètres de long.

Dans ces deux cas, l'ablation totale de l'utérus fibromateux fut pratiquée par la voie abdominale ; les deux opérées guérirent sans complications.

CH. MAYGRIER.

E. OZENNE. Urémie comateuse foudroyante chez une femme de 50 ans atteinte de corps fibreux de l'utérus (*Journal méd. Paris*, *18 juill. 1897*).

Femme de 50 ans, atteinte d'un corps fibreux de l'utérus, dont l'accroissement s'était fait lentement et sans avoir déterminé d'autres accidents que plusieurs poussées de congestion hémorroïdaire et, en 1891, des phénomènes d'obstruction intestinale, qui avaient cédé après l'administration de plusieurs lavements électriques. Depuis deux années, plusieurs accès de névralgie temporo-occipitale et de temps à autre quelques douleurs lombaires.

L'urine, examinée à plusieurs reprises, était normale.

Le 15 novembre 1896, à la suite de fatigues occasionnées par un voyage, la malade fut prise de violente céphalalgie bitemporale. Pendant cinq jours elle fit usage et même abus d'antipyrine et le 20 novembre, bien que la névralgie fût moins violente, on constatait l'état suivant :

Les douleurs vives avaient disparu : la face était un peu congestionnée ; le pouls battait normalement, mais avec plus d'amplitude ; la température était normale ; l'auscultation du cœur et des poumons ne dénotait aucun trouble de ces organes. Du côté de l'abdomen il n'y avait rien de particulier en apparence, le volume du fibrome, l'épaisseur de la paroi abdominale et du tympanisme intestinal s'opposant à une palpation profonde, qui fut essayée particulièrement dans le flanc gauche où la malade accusait un peu de douleur. Une garde-robe avait eu lieu dans la matinée et dans la journée plusieurs mictions, peu abondantes il est vrai, s'étaient effectuées.

Dans la nuit, la malade tombait subitement dans le coma, coma urémique, ainsi que le démontra l'examen de quelques grammes d'urine fait le lendemain. Le coma était alors complet, les membres de la résolution, l'intelligence absolument abolie, le visage pâle, les paupières abaissées, les pupilles moyennement dilatées et lentement sensibles à la lumière, la respiration accélérée et stertoreuse. Trente-six heures plus tard elle succombait sans avoir repris connaissance, bien que l'on ait tenté par la lancette et par des sangsues une émission sanguine. O.

Digitized by Google

BRAETZ. Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis (*Arch. f. Gyn., LII, 1*).

Jeune femme de 18 ans, souffrant de pertes blanches; sur la lèvre postérieure du col est une tumeur de 2 centimètres environ, saignant facilement. Kaltenbach pratiqua l'hystérectomie vaginale. L'opérée mourut quatre semaines après sa sortie de la clinique; la cause de cette mort est restée inconnue. L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un endothéliome des espaces lymphatiques. CH. MAYGRIER.

KNAUSS et CAMERER. Adenoma cervicis malignum cysticum (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXXIV, 3, p. 447*).

Femme de 46 ans, souffrant d'hémorragies depuis 5 semaines; on trouve, faisant saillie hors du col, une tumeur de la grosseur d'une noisette, pédiculée, et on en fait l'excision. Cette tumeur ayant tous les caractères d'un néoplasme bénin ne fut pas examinée. Or, un mois plus tard, apparut, au point d'insertion du polype enlevé, une petite grosseur hémisphérique qu'on reconnut être un adénome malin. L'utérus fut enlevé alors par le vagin, et 2 ans 1/4 plus tard la femme était encore en bon état. Les auteurs décrivent avec soin l'examen microscopique qui fut fait de l'utérus.

Il n'existe dans la littérature que 6 cas d'adénome malin du col. L'observation précédente montre combien il faut être prudent dans l'appréciation de la nature des polypes de l'utérus. CH. MAYGRIER.

R. OLSHAUSEN. Ueber die Principier der vaginalen Exstirpation des Carcinomatösen Uterus (*Berlin. klin. Woch., n° 23, 8 juin 1896*).

Quand il s'agit d'enlever par le vagin un utérus cancéreux, Olshausen se guide sur les principes suivants : théoriquement, il exclut de l'opération les cas où il y a envahissement certain des ligaments larges ou des ganglions, autrement dit, où le cancer a déjà dépassé les limites de l'utérus et du vagin. D'autre part, on ne peut plus s'en tenir au précepte original de n'opérer que si l'utérus avec le col peut être amené à la vulve. C'est le toucher rectal qui décide seul si on doit intervenir radicalement; il renseigne sur l'état des ligaments larges, des ligaments recto-utérins ainsi que sur celui des ganglions de la bifurcation de l'artère iliaque primitive qui sont très précocement atteints par le cancer de l'utérus. Pour préparer les femmes à subir l'hystérectomie, immédiatement auparavant, Olshausen, après désinfection du vagin, racle tous les tissus ramollis et cautérise les surfaces ulcéreuses. Puis après un nouveau nettoyage des parties, il opère avec d'autres instruments.

Sous le rapport du mode opératoire, Olsh. repousse les pinces à demeure auxquelles il reproche d'empêcher de refermer la cavité abdominale et d'exposer, quoique rarement, à une infection secondaire du péritoine par le vagin, ainsi qu'il l'a vu lui-même. Demeuré fidèle aux ligatures des ligaments, il recommande de les placer toutes d'arrière en avant par le cul-de-sac recto-utérin à l'aide d'une aiguille de Deschamps en col de cygne et en commençant par le côté le moins malade. En ce qui concerne le traitement consécutif, Olsh. s'abstient le plus possible d'intervenir. Le 2e jour il tire le tampon vaginal et c'est là tout, jusqu'à la

Digitized by Google

fin du 3e septénaire, où il fait un rapide examen au spéculum ; mais, à cet effet, il ne lie qu'avec du catgut.

Les méthodes opératoires sacrée et parasacrée sont sans intérêt pour lui, qui n'intervient pas lorsque le tissu conjonctif pelvien est envahi et qui, dans les cas où le cancer est limité à l'utérus, ne songe pas à abandonner la voie d'accès la plus facile et la plus naturelle.

Depuis le 1er avril 1894, Olsh. a pratiqué 139 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer avec 3 décès seulement; des 100 femmes qu'il a opérées depuis le mois d'octobre 1894, une seule a succombé et encore s'agissait-il d'une infection purulente préexistante. J. B.

J. PANTALONI. Hystérectomie abdominale totale : 20 observations (*Arch. prov. de chir., VI, p. 100, janv. 1897*).

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

L'hystérectomie abdominale totale est désormais, grâce aux perfectionnements de la technique, une opération digne d'entrer dans la pratique générale de la chirurgie abdominale. Le récent procédé de Doyen, combiné avec la collerette de Delagenière, paraît constituer le meilleur manuel opératoire à condition d'utiliser la position inclinée. Cette opération est indiquée dans les fibromes utérins qu'on doit opérer par l'abdomen et est même destinée à enlever à l'hystérectomie vaginale une partie des cas qui, jadis, lui étaient réservés. Elle est également de mise dans certains cancers du corps de l'utérus, quoi que prétendent encore les classiques avec Pozzi, dans les lésions suppurées bilatérales des annexes; dans les métrites invétérées et dans les cas de grossesse, lorsque l'accouchement est absolument impossible par les voies naturelles. F. VERCHÈRE.

S. POZZI et BEAUSSENAT. Contribution à la pathogénie et à l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire (*Revue de gyn., I, p. 245, mars 1897*).

Les auteurs publient 2 cas qui viennent à l'encontre des idées courantes de pathogénie des kystes de l'ovaire et montrent que dans ces 2 cas de tumeurs épithéliales, l'origine et le développement se sont faits aux dépens des dérivés de l'épithelium germinatif, tubes de Pflüger et ovisacs. Ces tumeurs, qui doivent être considérées comme malignes, sont remarquables par leur rapidité d'évolution et s'accompagnent toujours, et d'une façon très précoce, d'une ascite souvent très considérable.

A. C.

S. POZZI. De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire (*Revue de gyn., I, p. 3, janv. 1897*).

P. résume dans ce travail les documents publiés par lui ou ses élèves sur ce sujet (Voy. *R. S. M.*, XLV, 158; XLVI, 176) et précise les indications de cette intervention. Elle est applicable aux catégories suivantes de lésions ovariques : 1° néoplasmes bénins tels que certains kystes de l'ovaire non colloïdes, non papillaires; 2° néoplasmes à pronostic dou-

Digitized by Google

teux, kystes prolifères glandulaires, à contenu colloïde et gélatineux; 3° néoplasmes probablement malins, tumeurs papillaires; 3° ovarites chroniques.

Après avoir décrit la technique opératoire, P. insiste sur le peu de gravité de l'opération. Dans 62 cas, toutes les malades ont guéri de l'opération; sur 48 qui ont pu être suivies, 33 étaient guéries entièrement ou très améliorées; 7 déclaraient leur état stationnaire; chez 8 on a dû faire une nouvelle opération. Après conservation unilatérale, il y a eu 8 grossesses; après conservation bilatérale, 4 grossesses. Suivent les tableaux détaillés des cas. A. C.

HOFMEIER. Ueber die Verhütung des Kindbettefiebers in den geburtshülflichen Unterrichtsanstalten (*Berlin. klin. Woch., p. 30, 25 janv. 1897*).

Les 3,000 accouchements pratiqués depuis 1889 à la clinique obstétricale de Wurtzbourg ont donné lieu à une mortalité totale de 0,7 0/0; dans ce chiffre, les décès par infection puerpérale entrent pour 0,2 dont 0,13 0/0 sont peut-être le résultat d'une infection nosocomiale. La morbidité (thermomètre dépassant 38°) s'est élevée à 9,2 0/0 et celle due à des affections purement puerpérales à 2,1 0/0. C'est donc la clinique de Wurtzbourg qui offre, de toutes les maternités d'Allemagne, les chiffres les plus faibles, tant au point de vue de la mortalité que de la morbidité.

H. attribue ces résultats favorables à la désinfection du vagin et du col avant et pendant l'accouchement avec le sublimé au deux millième, tout en reconnaissant que le procédé n'est guère applicable dans la clientèle pauvre. J. B.

MAYGRIER. De l'hospitalisation des femmes en couches (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

Du 1er mars 1896 au 1er avril 1897, 112 femmes infectées ont été reçues dans le service d'isolement de l'hôpital Lariboisière. 26 ont été reçues pour des affections contagieuses de leur enfant et sur les 86 femmes qui restent, 28 venaient du service, une seule d'entre elles est morte de septicémie puerpérale ; 58 femmes sont venues infectées du dehors, 10 d'entre elles sont mortes. M. en conclut qu'en donnant des soins aux infectées dès le début, on peut diminuer beaucoup le taux de la mortalité et qu'il serait nécessaire de créer des services spéciaux pour les femmes infectées à la ville. PORAK.

AHLFELD. Giebt Tympania Uteri Indication zu Entfernung des Uterus in partu? (La tympanite utérine est-elle une indication d'ablation de l'utérus pendant le travail?) (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXXV, 2, p. 171*).

A propos d'une opération de Porro, faite récemment par Ludwig dans la clinique de Chrobak, ce dernier cherche à établir comme très légitime l'indication de tympanite utérine qui a déterminé son assistant à opérer. Ahlfeld critique cette manière de voir. Dans la tympanite utérine, ou

Digitized by Google

bien il n'y a pas encore de septicémie déclarée, et l'accouchement par les voies naturelles, suivi du lavage de l'utérus, est la meilleure intervention ; ou bien il y a septicémie, et l'empoisonnement général du sang contre-indique l'extirpation de l'utérus qui ne sert à rien.

Chrobak a encore motivé l'opération de Ludwig sur ce fait que la patiente avait déjà accouché 14 fois et qu'elle avait 13 enfants vivants ! Fritsch a donné les mêmes raisons pour justifier une opération de Porro, qu'il a pratiquée chez une naine dont le bassin mesurait 6c 1/2 ; il a voulu mettre cette femme à l'abri d'une grossesse ultérieure. Ahlfeld s'élève contre cette pratique. Selon lui, le médecin n'est nullement autorisé à enlever l'utérus dans le seul but de rendre la femme stérile. Ce n'est pas à l'accoucheur de prendre une pareille décision ; c'est l'affaire des parents, du mari, des personnes autorisées, de juger si une opération mutilatrice doit être pratiquée dans le but de préserver la femme du danger de nouvelles grossesses. CH. MAYGRIER.

Des fibromes pendant la grossesse; discussion (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

Keiffer, rapporteur, établit la position de la question dans un travail très documenté, auquel on doit se rapporter. Une analyse très courte n'en donnerait pas l'esprit.

Fochier rapporte trois observations. L'une d'elles a soulevé une question de diagnostic avec le sarcome de l'ovaire impossible à résoudre. Dans deux autres cas, il y avait incarcération du foie nécessitant une fois l'hystérectomie, l'autre fois réduction du fibrome par le cathéterisme de la vessie et peut-être par l'introduction d'éponge préparée dans le col; la grossesse continua néanmoins son évolution.

Adenot rapporte trois cas de fibrome compliquant la grossesse ayant nécessité l'opération césarienne suivie une fois de l'opération de Porro. Trois succès.

Grinfeld pratiqua dans un cas de fibrome et grossesse chez une cardiopathe l'avortement par curetage avec succès, dans un autre cas une hémorragie grave de la délivrance avec tamponnement intra-utérin et succès, un troisième cas d'incarcération au moment de l'accouchement ayant nécessité l'opération césarienne, décès.

Maygrier, dans un cas, pratiqua avec succès la symphyséotomie et la basiotripsie.

Budin et *Bouilly* pratiquèrent avec succès l'opération césarienne et la ligature des trompes et des artères utéro-ovariennes.

Charpentier dut pratiquer deux fois, avec décès des mères, la céphalotripsie, le fibrome placé sur la paroi postérieure de l'utérus avait été méconnu.

Bernard et *Charpentier* rapportent des observations d'ascension du fibrome de l'excavation dans des circonstances où cette terminaison paraissait tout d'abord improbable. PORAK.

KÖSTLIN. Beiträge zur Frage des Keimgehaltes der Frauenmilch und zur Ätiologie der Mastitis (Microbiologie du lait de femme et étiologie de la mastite) (*Arch. f. Gyn., LIII, 2, p. 201*).

Les recherches de Köstlin ont porté sur 100 femmes enceintes,

Digitized by Google

137 nourrices et 60 nouveau-nés, dont il a examiné la sécrétion mammaire au point de vue bactériologique. En voici les résultats :

1° Le lait contenu dans les seins des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés renferme des microbes dans la majorité des cas, dans les proportions de 86 p. 100 chez les femmes enceintes; 91 p. 100 chez les accouchées et 75 p. 100 chez les nouveau-nés ;

2° A de rares exceptions près, il s'agit de staphylocoques, particulièrement de staphylocoques blancs;

3° La cause qui détermine la production des microbes dans le lait nous est inconnue;

4° La pénétration des bactéries a lieu de l'extérieur en traversant le mamelon; le passage des microbes du sang dans le lait n'est pas démontré ;

5° Les germes du lait sont d'ordinaire inoffensifs pour la mère et pour l'enfant;

6° Il n'y a pas de mastite sans microorganismes;

7° Dans la mastite, l'infection vient du dehors, et a son point de départ dans les lésions de la peau; la transmission a lieu par les lymphatiques. On peut observer soit la forme ordinaire de la mastite, produite par une invasion staphylococcique (st. doré), soit la forme pseudo-érysipélateuse, plus rare, soit enfin la forme d'abcès rétro-mammaires; la bactériologie et l'anatomie pathologique sont d'accord à cet égard ;

8° Jusqu'à présent, on n'a pas pu établir l'existence d'une mastite métastatique transmise par la voie sanguine. CH. MAYGRIER.

O. SCHÆFFER. Ueber Blutergüsse in der Wirbelkanal bei Neugeborenen und deren Ursachen (Épanchements sanguins dans le canal vertébral des nouveau-nés et leurs causes) (*Arch. f. Gyn.*, *LIII*, *2*, *p. 278*).

L'analyse minutieuse de 17 observations amène Schæffer à formuler ainsi ses conclusions sur les hémorragies qui peuvent se produire dans le canal rachidien chez les nouveau-nés.

La fréquence des épanchements sanguins dans le canal vertébral est de 1 sur 10, tandis que celle des hémorragies encéphaliques est de 2 sur 10.

Les 17 cas de l'auteur se décomposent ainsi :

41 fois sur 100, l'accouchement a dû être terminé par une opération qui a été la cause de l'hémorragie : il y a eu 2 applications de forceps et 5 extractions par le siège ; les enfants ont succombé pendant le travail ou peu après leur naissance.

24 fois sur 100, il y a eu d'autres lésions dues à l'accouchement : compression cérébrale ou déchirure des vaisseaux cérébraux, chez 4 enfants.

La proportion des enfants morts de lésions produites par l'accouchement a donc été de 64 p. 100.

29 fois sur 100, les enfants ont péri de maladies qui ne se sont déclarées qu'après l'accouchement (infection, asphyxie, troubles graves de la circulation).

Le nombre des enfants avant terme a été élevé (35 p. 100), et ces

Digitized by Google

enfants ont succombé par le fait de l'accouchement, tandis que, pour la plupart, les enfants à terme (53 p. 100) sont morts d'affections acquises après l'accouchement.

Les hémorragies se sont réparties de la façon suivante : 3 fois elles siégeaient au niveau de la moelle allongée et se rencontraient chez des prématurés ayant subi un acte opératoire ; 2 fois elles occupaient la région cervicale et reconnaissaient pour cause l'extraction par la manœuvre de Mauriceau-Veit ; 3 fois elles étaient situées dans les régions cervico-dorsale et dorsale, à la suite d'extraction par le siège ; 2 fois la région dorso-lombaire était atteinte, et 7 fois il s'agissait de lésions cérébrales survenues soit pendant, soit après l'accouchement.

41 sur 100 des enfants sont nés par le siège, la moitié avant terme, et plus des trois quarts ont été extraits par la manœuvre de Veit ; 38 sur 100 sont nés en état d'asphyxie, s'étant présentés moitié par le sommet, moitié par le siège ; 65 sur 100 sont venus au monde vivants, dont un tiers de prématurés.

Le pronostic, fatal seulement pour les hémorragies bulbaires, dépend de la quantité de sang épanché, du degré de compression de la moelle et de la cause de l'hémorragie.

Toutes les manœuvres opératoires peuvent amener ces épanchements sanguins chez les fœtus asphyxiés et avant terme.

La prophylaxie consiste à protéger les nouveau-nés dès leur naissance contre l'infection et le danger de suffocation. En cas de présentation du siège, le meilleur procédé d'extraction est la manœuvre de Mauriceau-Veit, combinée à celle de Wigand-Martin-Winckel, ou l'application du forceps sur la tête dernière ; dans la présentation du sommet, le forceps sera appliqué suivant toutes les règles de la prudence.

CH. MAYGRIER.

Amand ROUTH. Parturition during paraplegia (*The Lancet, p. 1616, 12 juin 1897*).

Une multipare, enceinte de 7 mois, entre à l'hôpital à la suite d'un accident qui a déterminé une paraplégie complète (lésion de la moelle au niveau de la 6e vertèbre dorsale). Deux mois après, deux cent soixante et un jours après la dernière menstruation, la malade accouche normalement, sans avoir ressenti d'autres douleurs que celles des contractions utérines ; les contractions n'étaient pas souvent intermittentes, elles étaient plutôt rémittentes ; la rétraction de l'utérus se fit lentement après la délivrance, mais sans hémorragie marquée. L'involution utérine et la lactation furent tout à fait normales.

Ce fait tendrait à prouver que la parturition est en partie automatique et en partie réflexe, qu'une communication directe avec le cerveau n'est pas essentielle pour régler l'action utérine.

Mott qui a examiné la moelle, dit qu'elle était complètement détruite au lieu du traumatisme, mais que beaucoup de cellules des cornes antérieures du renflement lombaire paraissaient tout à fait normales. Quant à la cause de l'accouchement à terme, elle reste obscure.

P. MAUBRAC.

PEAUDECERF. Des soins à apporter au cordon ombilical (*Thèse de Paris, 1897*).

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, il faut lier le cordon

Digitized by Google

ombilical. Mais tous les moyens en usage sont défectueux. Dans la pratique civile, ils ne sont pas antiseptiques. Bar se borne à appliquer sur le cordon une pince à pansement. Il l'enlève vingt-quatre heures après la naissance. L'auteur rapporte cent dix observations provenant du service de l'hôpital Saint-Louis, ayant donné les meilleurs résultats.

PORAK.

L. MAIRE. De la conduite à tenir en présence des mento-postérieures engagées (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur cite quelques observations, assez rares d'ailleurs, de transformation spontanée de la présentation de la face (mento-postérieure) en présentation du sommet. Quelques expériences démontrent qu'à l'aide du levier cette transformation peut être obtenue opératoirement.

PORAK.

I. — GOTTSCHALK. Zur Lehre von der Placentarverhältnissen und der placentar Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge (Placenta et anastomoses vasculaires dans les grossesses gémellaires univitellines) (*Arch. f. Gyn., LI, 3*).

II. — KNAPP. Einiige Zwillingsplacenta, velamentöse Insertion..... (Placenta gémellaire univitellin, insertion vélamenteuse; hémorragie des deux fœtus pendant le travail) (*Ibid.*).

I. — Il s'agit d'un accouchement gémellaire dans lequel l'un des fœtus, mal développé, œdémacié, était contenu dans un œuf renfermant peu de liquide amniotique, tandis que l'autre fœtus, sain, était dans un œuf hydramniotique.

Contrairement à l'opinion de Schatz, il n'existait entre les deux placentas aucun territoire d'anastomoses profondes, mais seulement une anastomose superficielle et capillaire.

Les placentas, qui présentaient déjà des différences à l'œil nu, furent trouvés, à l'examen microscopique, séparés par une cloison déciduale. Le cœur du fœtus œdémacié était extrêmement petit. Les conséquences de l'énergie insuffisante de ce cœur se traduisaient par une vascularisation très pauvre des villosités, une thrombose d'une des artères ombilicales, de l'œdème du fœtus et des communications vasculaires minimes entre les deux placentas.

Quant à la cause même de la disproportion des cœurs des deux jumeaux, il faut la chercher dans le siège et dans le mode de formation du placenta ; c'est ainsi que l'implantation de l'œuf du fœtus sain était normale, tandis que celle du fœtus œdémacié était exclusivement déciduale.

II. — Knapp a observé à la Maternité de Prague un cas rare d'insertion vélamenteuse dans une grossesse gémellaire univitelline ; la poche des eaux se rompit au niveau d'un vaisseau, et il y eut une hémorragie provenant des deux fœtus. La rupture des membranes s'étant faite de bonne heure, le diagnostic resta hésitant entre un décollement prématuré du placenta et une déchirure de vaisseaux insérés sur les membranes. Un tamponnement de l'orifice cervical encore peu dilaté arrêta l'hémorragie. L'examen des deux placentas montra qu'il y avait entre eux deux grosses anastomoses superficielles, artérielle et veineuse.

Quand, dans un cas semblable, il est impossible de terminer rapide-

Digitized by Google

ment l'accouchement, il n'y a pas d'autre traitement que le tamponnement. Peut-être pourrait-on, pour essayer de sauver la vie des enfants, dilater largement le col à l'aide des incisions préconisées par Dührssen.

CH. MAYGRIER.

William-James SPENCE. Un cas de dysentérie par lésion congénitale des reins (*Brit. med. Journ., p. 651, 13 mars 1897*).

Il s'agit d'une femme de 41 ans ayant eu cinq accouchements normaux. Au terme d'une sixième grossesse le travail traîna en longueur, et les douleurs cessèrent complètement plusieurs heures après la rupture de la poche des eaux. Grâce à l'administration d'ergot, la tête fut expulsée ; mais, malgré les tractions exercées sur les aisselles, le tronc ne sortait pas. Cependant, après l'extraction des bras, on put terminer l'accouchement. L'enfant (fille) mourut quelques minutes après.

L'abdomen de l'enfant était extrêmement distendu par deux volumineuses tumeurs dures, mobiles, situées dans chaque flanc et se rencontrant sur la ligne médiane.

A l'autopsie on trouva un peu d'ascite et deux énormes reins, pesant 26 onces et présentant tous deux les lésions du rein polykystique. Il n'y avait pas d'autre anomalie.

J. VANVERTS.

FOCHIER. Applications de forceps dans les cas de présentation du pariétal postérieur (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

F. pense que, dans les rétrécissements du bassin, lorsque la tête se fixe au détroit supérieur, la présentation du pariétal postérieur est exceptionnelle. Si elle se produit et si on se décide à faire une application de forceps oblique au détroit supérieur, il faut placer les branches de façon que leur concavité regarde la face de fœtus. La branche antérieure est placée sur l'apophyse mastoïde et la branche postérieure sur la bosse frontale.

Dans cette application, la bosse frontale antérieure s'adapte mieux à la concavité formée par la branche ischio-pubienne correspondante. On exerce les tractions sur les liens placés dans la cuiller antérieure. Le forceps est donc transformé en levier.

PORAK.

I. — **KNORR. Kleidotomie** (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXIV, p. 105*).

II. — **STRASSMANN. Ueber die Geburt der Schultern und über den Schlüsselbeinschnitt (De l'accouchement des épaules et de la section des clavicules** (*Arch. f. Gyn., LIII, 1, p. 135*).

III. — **V. HERFF. Die Zertrümmerung des Schulterngürtels (Kleidotomie) bei der Entwickelung des nachfolgenden Rumpfes (De la kleidotomie dans le dégagement du tronc)** (*Ibid., LIII, p. p. 542*).

I. — Knorr a rapporté à la Société obstétricale de Berlin l'observation d'une femme de 44 ans morte de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. La rupture se produisit sans cause apparente au cours du travail, la dilatation étant presque complète. L'état général étant extrêmement grave, K. se hâta de terminer l'accouchement. La tête était engagée dans l'excavation, il

Digitized by Google

fit la perforation. Mais après la sortie de la tête, il ne put, malgré les plus grands efforts, extraire le tronc. Les épaules étaient arrêtées dans le diamètre transversal du bassin. L'auteur eut alors recours au procédé préconisé par Phenomenoff, qui consiste à diminuer le volume des épaules en sectionnant les deux clavicules. Il fit la kleidotomie avec de forts ciseaux de Siebold. Le résultat fut très satisfaisant, car le tronc put alors être attiré au dehors sans la moindre difficulté.

II. — Après avoir rappelé le mécanisme du dégagement des épaules, Strassmann s'occupe des cas où le tronc ne peut être extrait et reste arrêté dans la filière pelvienne, soit par suite d'un rétrécissement du bassin, soit à cause de la largeur exagérée des épaules. On peut alors être obligé de faire l'embryotomie, surtout si l'enfant est mort. Mais à l'exentération, pratiqué après ouverture du thorax, l'auteur préfère l'opération de Phenomenoff, la kleidotomie, qui permet de réduire le volume du tronc et facilite sa sortie. Il a eu l'occasion de faire deux fois cette opération dans des rétrécissements du bassin, et il lui a suffi de sectionner une seule clavicule avec les ciseaux de Siebold pour obtenir facilement la sortie des épaules.

III. — Von Herff réclame la priorité de la kleidotomie qu'il a eu l'idée de pratiquer dès l'année 1889. Il a décrit cette opération dans son traité des opérations obstétricales (1893), bien avant Phenomenoff.

Au lieu de sectionner les clavicules avec des ciseaux, il recommande de se servir d'un perforateur ou du crochet de Guyon.

Dans un cas, il a pu par ce procédé pratiquer rapidement l'extraction du tronc. Il s'agissait d'une femme à bassin vicié par le rachitisme. Après avoir extrait la tête à l'aide du forceps, l'auteur ne put engager les épaules arrêtées au détroit supérieur. Il détruisit alors la région scapulo-humérale postérieure à l'aide du perforateur et put abaisser facilement l'épaule et le tronc tout entier avec le crochet de Guyon. L'enfant pesait 4 kilogrammes et le diamètre bisacromial mesurait 16 centimètres. CH. MAYGRIER.

EDEN. Changes in placenta retained in utero after the death of the fœtus (*Trans. of the obst. Soc. of London, XXXVIII, 4, 1896*).

Les modifications subies par l'œuf dans la rétention du fœtus mort peuvent se résumer ainsi : 1° Nécrose, commençant immédiatement après la mort du fœtus, du corps de l'enfant d'abord, puis du cordon ombilical, de l'amnios, et enfin du chorion extra-placentaire et de la caduque vraie ; 2° Arrêt graduel de la circulation maternelle à travers le placenta par thrombose des espaces intervilleux; 3° Dégénérescence graisseuse et calcaire des tissus nécrosés. CH. MAYGRIER.

CHARPENTIER. De l'avortement habituel (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

L'avortement habituel existe en dépit de tout traitement parce que le plus souvent l'étiologie en est absolument inconnue. En mettant à part les infections et les intoxications, il faut avoir présentes à l'esprit les causes suivantes de l'avortement habituel :

1° Les malformations utérines; elles sont ordinairement des causes de stérilité ;

Digitized by Google

2° Les déviations utérines, surtout les flexions et en particulier la rétroflexion ;

3° La congestion du corps et du col de l'utérus ;

4° Les lésions du corps et du col de l'utérus.

Dans cette question, l'étiologie et la thérapeutique sont solidaires : connaître la cause, c'est connaître les indications thérapeutiques.

Keiffer insiste sur l'influence d'un état de spasme de l'utérus déterminé par des déchirures du col allant jusqu'à l'orifice interne.

Lefour insiste aussi sur cet état spasmodique et conseille l'emploi pendant quelque temps de la tige intra-utérine. PORAK.

SCHWAB. De l'emploi du sulfate de quinine dans l'avortement incomplet (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

Le sulfate de quinine, absolument inoffensif, est un ecbolique utérin et ne provoque pas la tétanisation de l'organe. L'administration de 1 gr. dans plusieurs cas de rétention de placenta abortif a été suivi, en 4 heures 1/2 ordinairement, de l'élimination du délivre.

Dans 40 cas, *Cordès* a obtenu un bon résultat de ce traitement. Ce n'est pas seulement un ecbolique mais encore un « détachant » du placenta. Il n'est indiqué que dans les cas où il n'existe ni hémorragie ni infection. PORAK.

FORMAN. Contribution à l'étude de l'expulsion de l'œuf en bloc dans le dernier trimestre de la grossesse (*Thèse de Paris, 1897*).

Très rare chez les ruminants, plus fréquente chez la jument, habituelle chez les petites femelles domestiques, chienne, chatte, truie, l'expulsion en bloc de l'œuf a lieu à terme. Ce fait est exceptionnel chez la femme. Cela tient peut-être à ce qu'on rompt ordinairement artificiellement les membranes, mais cela tient surtout à ce que la délivrance n'a pas lieu au même moment que la sortie du fœtus. La rupture tardive des membranes a pour conséquence que l'enfant naît coiffé.

L'expulsion en bloc de l'œuf, si elle est rare, lorsque l'enfant est vivant, s'observe assez fréquemment lorque l'enfant est mort et macéré. Inutile d'insister au point de vue pratique sur la nécessité de rompre rapidement les membranes pour permettre la respiration. Les causes de l'expulsion en bloc de l'œuf sont l'accouchement prématuré, l'accouchement précipité (multiparité quelquefois grossesse gémellaire), et conséquemment la largeur du bassin ou du côté de la mère, la persistance des contractions utérines, du côté du fœtus la résistance exceptionnelle des membranes, l'insertion vicieuse du placenta, la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. L'auteur ajoute dans cette étiologie, dont le mécanisme est facile à comprendre, d'autres causes : lymphatisme, congestion de l'utérus, endométrite, albuminurie, traumatismes, brides amniotiques.

PORAK.

Digitized by Google

G. HEINRICIUS. Ruptura uteri sub partu.; amputation uteri supra vaginalis (Rupture de l'utérus pendant le travail; amputation supra-vaginale) (*Cent. f. Gyn., n° 41, 10 oct. 1896*).

Femme de 26 ans, entrée à la clinique d'Helsingfors le 4 janvier 1896, enceinte pour la 4e fois et en travail. Le 1er et le 2e accouchements ont eu lieu à terme et ont nécessité l'application du forceps; les enfants ont succombé pendant l'extraction. Le 3e accouchement a été provoqué à 8 mois et a été terminé par la version : enfant vivant.

Le bassin est vicié; le diamètre conjugué vrai mesure 8c,5.

A l'entrée, on constate une présentation du sommet, mobile au détroit supérieur en OIG. Les douleurs sont très vives, la femme est très agitée. Le 4 janvier, à midi, la dilatation est complète, sans que la tête ait subi d'engagement. Tout d'un coup, les douleurs s'arrêtent, la femme cesse de crier et une hémorragie abondante se produit. Cependant l'état général reste bon et rien ne fait supposer une rupture de l'utérus. On essaye la basiotripsie que la mobilité de la tête rend impossible, et on fait la version podalique qui permet d'extraire un enfant mort-né du poids de 2420 grammes. Délivrance normale. Etat général toujours satisfaisant. On fait alors une injection intra-utérine au lysol, et l'on constate avec surprise l'existence d'une large déchirure du segment inférieur, à gauche, dans laquelle la main pénètre facilement et arrive sur les anses intestinales. Laparotomie. Les bords de la déchirure sont contus et irréguliers et ces conditions rendant leur suture très difficile, on préfère amputer l'utérus au-dessus du col. Le péritoine est rabattu sur le moignon et suturé. Fermeture de l'abdomen. Convalescence troublée par une broncho-pneumonie. Guérison parfaite. CH. MAYGRIER.

VAHLE. Ueber das Vorkommen von streptokokken in der Scheide Gebärender (De la présence des streptocoques dans le vagin des femmes en travail) (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXXV, 2, p. 192*).

Vahle a examiné les sécrétions vaginales de 30 femmes enceintes. Il s'est assuré qu'il n'y a aucune différence entre les sécrétions pathologiques et non pathologiques au sens de Döderlein. Malgré la réaction acide et la présence de bacilles de Döderlein, il a constaté à différentes reprises des staphylocoques et une fois des streptocoques.

Il a également fait des recherches sur les sécrétions du vagin chez 60 femmes en travail. Dans 25 cas sur 100, il a trouvé des streptocoques, et cela plus fréquemment dans les cas désignés par Döderlein comme pathologiques. Cinq fois la virulence des streptocoques fut expérimentée sur des animaux. Dans un cas il s'agissait de streptocoques très virulents. Dans un autre cas, des streptocoques très nombreux du vagin ne se développèrent pas par la culture mais la femme eut, pendant ses suites de couches, une endocardite grave, si bien que le pronostic resta longtemps incertain; d'après l'auteur, c'est dans la présence des streptocoques qu'il faut chercher la cause de cette endocardite.

Si tant d'auteurs n'ont pas trouvé de streptocoques dans le vagin des femmes enceintes et en travail, cela tient à la nature des milieux de culture employés.

La présence des microorganismes pathologiques dans le vagin entraîne la nécessité des injections vaginales prophylactiques pendant le travail.

Digitized by Google

A la clinique de Marbourg ces injections sont faites avec une solution de crésol; des examens bactériologiques et des cultures ont pu établir que la désinfection du vagin par les injections durait dans tous les cas pendant plusieurs heures.

Les injections vaginales pendant le travail ne doivent être pratiquées que dans les Maternités ou par les médecins dans leur pratique privée, mais jamais elles ne doivent être abandonnées aux sages-femmes.

CH. MAYGRIER.

BAR et GUYEISSE. Lésions du foie et des reins chez les éclamptiques et chez les fœtus issus de femmes éclamptiques (*Soc. obst. de France, avril 1897*).

Il n'existe pas, à proprement parler, de lésions hépatiques de l'éclampsie. Les lésions observées dans ce cas sont celles des infections et des toxémies. Sur 13 cas, 9 fois on a constaté les hémorragies péri-portales avec ou sans les thromboses décrites par les auteurs. Dans les 4 cas où elles manquaient, on a trouvé une fois la congestion des lobules et des lésions cellulaires spéciales décrites dans le mémoire, une fois un gros foie jaune avec dégénérescence hyaline des parois vasculaires des espaces portes avec néoformation considérable des canalicules biliaries; deux autres fois le foie gros avec des infarctus. Comme conclusion les auteurs pensent que les hémorragies péri-portales qui ont été considérées comme spécifiques de l'éclampsie constituent une lésion inconstante et secondaire. Ce qui est constant, ce sont les lésions cellulaires, mais celles-ci elles-mêmes revêtent des types particuliers: dégénérescence hyaline, lésion de l'ictère grave, dégénérescence granulo-graisseuse. Enfin, ils ont trouvé parfois des embolies des cellules hépatiques, mais jamais les embolies des cellules géantes du placenta, ni non plus de microbes dans le foie.

Les lésions rénales sont constituées par des foyers hémorragiques ou les lésions de la néphrite. Pas d'embolies hépatiques, ni microbiennes.

Le foie et le rein de fœtus issus de mère éclamptique présentent les mêmes lésions. Elles ne sont pas spécifiques. On les trouve aussi bien chez des fœtus issus de mères infectées ou intoxiquées.

Claude vient d'ailleurs de démontrer que, par des injections sous-cutanées de toxines, on pouvait expérimentalement produire toutes les lésions du foie éclamptique.

PORAK.

P. AMILLET. Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée (*Thèse de Paris, 1897*).

Travail complet. L'auteur discute la voie de pénétration qu'on devra choisir dans les injections d'eau salée. Il pense que la voie intra-cellulaire qui peut être employée dans un cas peu pressé, est moins active que l'injection intra-veineuse. Les expériences sur les animaux ont surtout démontré que c'est par l'injection dans les veines qu'on obtenait de véritables résurrections dans les cas de mort apparente. Que la voie veineuse demande une antisepsie plus rigoureuse, une instrumentation toute prête et compliquée, une habileté chirurgicale plus exercée, cela est certain, mais cela ne constitue pas une démonstration de l'infériorité de la méthode.

Digitized by Google

L'auteur rapporte de nombreuses observations fournies par Porak, Maygrier, Budin, Bar qui démontrent l'activité incontestable de cette intervention.

Dans le chapitre consacré à la technique, l'auteur étudie les divers procédés qui ont été conseillés, mais préconise en particulier l'instrumentation de Olivier. PORAK.

Osborn POLAK. A case of hysterectomy for septic puerperal metritis (*Med. News, p. 528, 24 avril 1897*).

Une femme de 33 ans a accouché (7e grossesse) d'un enfant à terme il y a 4 semaines; elle entre le 14 janvier 1897 à l'hôpital pour toxémie septique, avec fièvre, frissons; l'utérus est volumineux, immobile, les ligaments larges sont épaissis et du col déchiré s'écoule du pus; les vomissements sont constants, la température à 38°,9, le pouls à 120-140. On fait des irrigations intra-utérines et vaginales de permanganate de potasse, mais sans que l'état de la malade s'améliore.

Le 23 janvier, on pratique l'hystérectomie vaginale. Durant le curetage préliminaire, la paroi antérieure de l'utérus fut perforée. Par une incision vaginale postérieure, on abaissa le fond de l'utérus, mais avec difficulté à cause de l'induration des ligaments larges et du volume de l'utérus; les deux ovaires étaient kystiques, et au cours de l'énucléation les kystes se rompirent. Malgré la vascularité extrême des tissus, l'opération fut terminée en 32 minutes.

Durant plusieurs jours, la température resta élevée (40° le 5e jour); les pinces furent enlevées le 3e jour et le pansement le 5e jour; un léger degré d'anurie persista durant une semaine. Guérison. P. MAUBRAC.

I. — B.-C. HIRST. Cases of puerperal sepsis in wich the antistreptococcic serum was employed (*Amer. Journ. of obst., p. 625, mai 1897*).

II. — NORRIS. A case of puerperal sepsis successfully treated with antistreptoccic serum (*Ibid., p. 629*).

III. — SHŒMAKER. Septicemia from abortion; serum injection; autopsy (*Ibid., p. 637*).

IV. — DAVIS. Treatment of puerperal sepsis by the use of serum (*Ibid., p. 642*).

V. — BALDY. Antistreptococcic serum in a case of acute puerperal lymphangitis and phlebitis (*Ibid., p. 645*).

VI. — SHOBER. Puerperal fever treated with antistreptococcic serum (*Ibid., p. 647*).

I. — Mémoire communiqué ainsi que les cinq suivants au Collège des médecins de Philadelphie.

Hirst a employé le sérum antistreptococcique dans trois cas : dans les deux premiers, il s'agissait de femmes atteintes de phlébite septique post-puerpérale, et dans le troisième, d'une femme albuminurique ayant subi l'opération de Porro et infectée. Le résultat fut nul dans les trois cas. L'une des femmes succomba rapidement ; les deux autres guérirent, mais chez l'une le sérum resta manifestement inefficace pendant toute la durée du traitement, et chez l'autre la guérison survint à la suite d'une évacuation abondante de pus par le vagin.

Digitized by Google

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : On ne doit recourir à la sérothérapie qu'en dernier ressort, après avoir épuisé tous les autres traitements de l'infection puerpérale. La cause d'insuccès est due surtout à la difficulté de se procurer du sérum. Comme il est souvent impossible de savoir quel est l'agent de l'infection, les indications de la sérothérapie antistreptococcique seront toujours plus ou moins empiriques. Le traitement peut amener des accidents, même la mort (cas de Gaulard, de Bar et Tissier). Il ne faut pas que, se fiant au sérum, le praticien néglige les autres agents thérapeutiques.

II. — L'observation de Norris est celle d'une primipare, infectée à la suite d'un accouchement très laborieux avec déchirure du col et du périnée. Le 7e jour après le début des accidents on fit une injection de 10 centimètres cubes de sérum qui abaissa immédiatement la température de 41° à 36°,5. Des injections furent continuées les jours suivants et l'amélioration se maintint ; pourtant, six jours après la première injection, apparut un érysipèle de la face avec 40° ; cet érysipèle disparut lui-même en 5 jours sous l'influence d'injections de sérum.

L'opinion de l'auteur est que le sérum peut donner de bons résultats, mais que les indications ne sont pas toujours nettes, et que, même lorsqu'on a constaté la présence du streptocoque chez les malades, il ne faut pas négliger les autres modes de traitement.

III. — Le fait de Shœmaker a trait à une femme infectée à la suite d'un avortement provoqué par elle-même. Elle était, au 10e jour, dans un état grave : ictère, vomissements, écoulement fétide par le vagin ; pas de température élevée. Comme la situation ne se modifia pas à la suite d'un curetage, on fit une injection de 10 centimètres cubes de sérum, puis le lendemain une autre de 5 centimètres cubes ; malgré ce traitement, la malade succomba, sans coma ni délire. Il est à noter qu'après la première injection de sérum elle eut une éruption pustuleuse.

Des cultures faites avec soin démontrèrent l'absence du streptocoque et la présence de coli-bacilles. C'est à cette cause que doit être attribué l'insuccès du sérum.

IV. — Des trois observations rapportées par Davis une seule est en faveur de la sérothérapie. Une jeune femme, infectée à la suite d'un avortement incomplet et ayant une septicémie généralisée, fut manifestement améliorée et guérie après deux injections de 5 centimètres cubes de sérum de Marmorek.

Les deux autres malades, l'une atteinte de phlébite après une application de forceps, l'autre ictérique et délirant après son accouchement, succombèrent malgré plusieurs injections de 10 centimètres cubes.

V. — Baldy a soigné par le sérum une accouchée atteinte de phlébite et ayant 40° et 104 pulsations. Après deux injections de sérum de 10 centimètres cubes chaque, faites à 9 heures d'intervalle, la température monta à 41°, et la mort survint 4 heures après la 2e injection. L'auteur se demande si l'issue fatale n'a pas été hâtée par le sérum, et se propose d'être très circonspect à l'avenir.

VI. — Le travail de Shober renferme une statistique de 21 cas, avec 17 guérisons et 4 morts. Ce chiffre est plus favorable que celui de Charpentier, qui, sur 40 cas n'a relevé que 22 guérisons. L'examen bactériologique n'a été fait que trois fois ; chaque fois on trouva des streptocoques. Il est probable que dans tous les autres cas il s'agissait également d'infection streptococcique.

Tout en reconnaissant l'efficacité du sérum dans bon nombre de cas,

Digitized by Google

l'auteur recommande, comme ses confrères, d'associer à la sérothérapie les autres médications et particulièrement les injections vaginales et intra-utérines.

CH. MAYGRIER.

Ch. CULLINGWORTH. On the undiminished mortality from puerperal fever in England (*Brit. med. Journ., p. 573, 6 mars 1897*).

Il ressort des tableaux statistiques établis de 1847 à 1895 que, contrairement à ce que l'on pouvait supposer, la mortalité par fièvre puerpérale en Angleterre n'a pas diminué. De 1847 à 1873, elle s'est maintenue entre 1,5 et 1,8 0/00. Actuellement elle est de 2 0/00, malgré la diffusion de l'antisepsie et les excellents résultats de la pratique hospitalière. Les cas de fièvre puerpérale, en Angleterre comme en France, se produisent dans la clientèle de la ville et sont presque toujours dus à l'ignorance et à l'incurie des sages-femmes. L'auteur insiste sur la nécessité d'un enseignement plus précis et d'une surveillance plus efficace des sages-femmes.

H. RENDU.

John WILLIAM. The value of antistreptococcic serum in the treatment of severe puerperal septicemia (*Brit. med. Journ., p. 1285, 31 oct. 1897*).

Travail portant sur 6 cas personnels de fièvre puerpérale et 8 relatés dans les monographies. Les lochies étaient presque toujours rares et alcalines, la fièvre élevée. L'injection de sérum n'a pas été faite avant le 5e jour de l'accouchement. Ses effets sont l'abaissement de la température et l'apparition d'une franche transpiration, en même temps que la langue cesse d'être sèche. Les lochies reviennent et le sommeil fait place à l'insomnie. Les doses injectées sont de 10 centimètres cubes par jour.

Dans les cas défavorables, les accidents observés ont été des vomissements incoercibles suivis d'état comateux, des douleurs des membres intolérables, des rash érythémateux, enfin des pneumonies qui peut-être ne sont pas sans relation avec le sérum injecté.

La grosse objection est d'une part la non-identité des divers sérums antistreptococciques livrés dans le commerce; d'autre part, la non-identité des accidents puerpéraux qui sont liés tantôt au streptocoque, tantôt au staphylocoque, voir même au colibacille et au diplocoque de Friedländer. De là la nécessité d'une recherche bactériologique préalable avant de pratiquer l'injection du sérum de Marmorek.

H. R.

PAQUY. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail combat l'opinion généralement accréditée que la grossesse tubaire est due à une lésion préalable des trompes. Les modifications de la trompe qui ont été considérées comme pathologiques ne sont en réalité que des modifications imprimées aux différentes tuniques salpingiennes par la grossesse. De l'examen de pièces que l'auteur a étudiées,

Digitized by Google

il constate l'absence de lésions inflammatoires. L'épithélium tubaire est intact et les franges des trompes ne sont pas adhérentes entre elles. La critique des observations ne permet pas de trouver dans les antécédents des malades la symptomatologie d'une salpingite antérieure. La grossesse extra-utérine existe d'ailleurs chez les femelles animales et on ne trouve chez elles aucune lésion inflammatoire des trompes. PORAK.

ROSENTHAL. Ein Fall intramuraler Schwangerschaft (Un cas de grossesse intramurale) (*Centr. f. Gyn.*, *19 déc. 1897*).

La grossesse interstitielle s'observe environ 3 fois sur 100 grossesses extra-utérines. Il faut réserver le nom de grossesse intra-murale à cette variété dans laquelle l'œuf, fécondé dans la portion utérine de la trompe, pénètre dans la paroi musculaire de l'utérus et s'y développe secondairement.

Une femme de 28 ans, ayant eu deux accouchements normaux, étant enceinte de deux mois, est prise de syncope pendant un repas ; le pouls faiblit, il y a des vomissements, du collapsus. Revenue à elle, elle souffre dans le bas-ventre pendant trois jours, puis se rétablit incomplètement. Deux mois plus tard environ, elle expulse du sang et des débris membraneux et souffre de nouveau du ventre. Un examen pratiqué alors permet de constater l'existence d'une tumeur qui occupe la moitié gauche du ventre et qui remonte à l'ombilic. L'utérus est en antéversion et mesure 7 centimètres ; on porte le diagnostic de grossesse ectopique, probablement abdominale ou intra-ligamentaire.

La laparotomie montra que la tumeur avait le volume d'une tête d'homme ; elle était formée de deux parties, l'une inférieure constituée par l'utérus, l'autre formée par le sac fœtal, à gauche ; au-dessous de ce sac étaient les annexes gauches. A l'ouverture du sac, on trouva un fœtus vivant de 4 mois et demi ; le placenta recouvrait l'ostium de la trompe gauche ; entre le placenta et la muqueuse utérine il y avait 3 millimètres d'épaisseur de tissu musculaire interposé. Quant à la paroi de l'œuf, elle était constituée par l'amnios et le péritoine utérin, sans adjonction d'éléments musculaires. Ablation de la tumeur et de l'utérus. Guérison.

L'auteur pense que l'œuf développé tout d'abord dans la partie utérine de la trompe s'est rompu à 2 mois et s'est greffé dans le tissu musculaire, mais que peu à peu celui du fond de l'utérus s'est atrophié. Il conclut à une grossesse interstitielle intra-murale. CH. MAYGRIER.

E. AYERS. A case of tubo-abdominal pregnancy (Grossesse extra-utérine : intervention au septième mois, extraction d'un enfant vivant) (*Med. News*, *p. 492*, *17 avril 1897*).

Il s'agit d'une femme qui a eu deux enfants il y a 13 et 14 ans ; il y a 6 ans, elle se fit avorter. En février 1896, étant de nouveau enceinte, elle se fait avorter à la 5e semaine. Cet avortement s'accompagna de douleur, de fièvre et d'expulsion de « lambeaux de chair » (?). Depuis cette époque la patiente se plaignit d'une douleur dans le côté gauche de l'abdomen. La menstruation reparut, normale en mars, avril et mai. Durant le mois de mai, la malade éprouva dans le côté gauche des douleurs plus vives qui persistèrent jusqu'au mois d'août ; en même temps l'abdomen augmentait de volume. En août, la patiente sentit les premiers mouvements de l'enfant. Le 31 octobre, elle était

Digitized by Google

pâle, émaciée, la langue était sèche, et les douleurs dues aux mouvements de l'enfant intolérables. L'abdomen indiquait par son développement une grossesse de 6 mois environ; le fœtus avait son corps entier dans le côté droit de l'abdomen, mais il ne parut pas d'exploration plus facile, ni plus proche des doigts, qu'à l'état normal. Le 7 novembre, on extrait par la laparotomie un enfant vivant pesant 1650 grammes; cet enfant survécut trois semaines; après avoir gagné du poids pendant quelques jours, il refusa de se nourrir et mourut d'inanition. La mère mourut d'épuisement le lendemain de l'intervention.

P. MAUBRAC.

John TAYLOR. Abdominal pregnancy at full term, etc. (Grossesse abdominale : opération au douzième mois, guérison) (*The Lancet, p. 1344, 15 mai 1897*).

Il s'agit d'une malade qui supposa être devenue enceinte 12 mois avant l'opération; elle ressentit exactement les mêmes symptômes que dans les grossesses précédentes, seulement les mouvements de l'enfant étaient plus violents et plus douloureux. A aucun moment elle n'éprouva de douleur aiguë, de malaise subit ou d'évanouissement. Par une incision abdominale on retire l'enfant mort et le placenta. Ce dernier était de volume ordinaire et fermait presque complètement le détroit supérieur du bassin, le bord gauche libre et flottant, le bord droit, où s'insérait le cordon, très adhérent à la paroi abdominale; des adhérences nombreuses unissaient le placenta à l'intestin grêle et au cœcum.

P. MAUBRAC.

MALADIES DES ENFANTS.

W. JAWORSKI. Alimentation des enfants avec le lait préparé (Kraftmilch) (*Therap. Monats., n° 5, p. 235, mai 1897*).

Le lait condensé n'est pas toujours bien supporté. La crème qui, en raison de sa teneur en graisse, a une valeur élevée en calories, est d'une digestion difficile. La digestion difficile de la crème s'explique par le mécanisme de la digestion stomacale. A chaque contraction, systole, l'estomac chasse le liquide à travers le pylore, tandis que les parties solides de son contenu (flocons de caséine) restent fixées aux parois. C'est ce qui permet de comprendre que certaines personnes ne peuvent digérer le lait que mélangé (thé, eau) et que l'ingestion du lait ne calme pas toujours la soif.

Le lait préparé que conseille J. contient 10 0/0 de graisse, 1,8 0/0 d'albumine, 6 0/0 de sucre de lait et environ 0,3 0/0 de sels (en calories 125), c'est-à-dire que ce lait contient 3 fois plus de graisse que le lait normal, d'où son nom de lait triple. Ce lait est bien accepté par tous les sujets, malades ou non.

PAUL TISSIER.

Digitized by Google

J. Walter CARR. Non tuberculous posterior basic meningitis in infants (*Brit. med. Journ., p. 975, 17 avril et 1er mai 1897*).

Il existe une variété spéciale de méningite, propre aux enfants en bas âge, qui affecte la partie postérieure de la base du cerveau, avec une symptomatologie et des lésions caractéristiques. C'est la maladie décrite par Gee et Barlow sous le nom d'opisthotonos cervical des enfants (*St Barth. hosp. Rep.*, 1878). L'auteur en a vu 11 cas, tous chez des sujets de moins d'un an.

Début tantôt graduel, plus souvent soudain, par des vomissements, de la rétraction de la tête en arrière, de la stupeur allant jusqu'au coma, le tout durant fort longtemps, de 5 semaines à 3 mois. La mort paraît jusqu'ici constante. On trouve à l'autopsie une inflammation de l'arachnoïde, limitée à la partie postérieure du cerveau, accompagnée d'hydrocéphalie constante et de l'occlusion des orifices de communication entre le 4e ventricule et l'espace sous-arachnoïdien. Jamais on n'a trouvé de granulations tuberculeuses. L'étiologie est inconnue : il ne s'agit ni de syphilis, ni de propagation d'une maladie du crâne ou de l'oreille; il existe peut être une relation entre cette lésion et la méningite cérébro-spinale. Le seul moyen palliatif de diminuer la contracture est de faire une ponction des ventricules latéraux, mais ce peut être une intervention dangereuse.

A propos du mémoire de Carr, *Barlow* admet la réalité du type clinique, mais conteste la réalité d'une entité morbide nouvelle. L'opisthotonos cervical est la caractéristique de cette variété; la contracture tonique diffère des convulsions cloniques de la méningite tuberculeuse. La lésion anatomique est une méningite séreuse localisée au bulbe et au cervelet, susceptible de gagner le canal rachidien. Des adhérences fibreuses aboutissent à l'occlusion du trou de Munro et de l'aqueduc de Sylvius, d'où l'hydrocéphalie. La syphilis semble n'avoir rien de commun avec cette maladie ; parfois le traumatisme la provoque, en déterminant de la pachyméningite hémorragique limitée. Le plus souvent l'otite moyenne catarrhale, non suppurée, en est la cause, par propagation microbienne venue du pharynx. Le traitement le plus rationnel est l'incision précoce de la membrane du tympan et les onctions mercurielles, ensuite la ponction directe de l'espace sous-arachnoïdien postérieur.

Lees a signalé un fait de ce genre consécutif à une broncho-pneumonie; la ponction du tympan fut suivie de guérison. Il a pu faire 40 autopsies sur 100 cas. L'hydrocéphalie est la règle, le liquide est pauvre en albumine. La compression des veines de Galien ne semble pas en cause, il y a presque toujours obstruction du passage par lequel le liquide cérébro-spinal passe des ventricules latéraux dans l'espace sous-arachnoïdien. La névrite optique est très rare; le nystagmus, au contraire, assez fréquent, et vraisemblablement d'origine cérébelleuse. Le pouls est rarement ralenti et inégal; la respiration présente quelques-uns des caractères du rythme de Cheyne-Stokes.

Church ne regarde pas le pronostic comme aussi sévère que le veut Carr; il a vu guérir deux enfants très fortement atteints.

Ballance croit à l'origine auriculaire de la maladie et préconise la sec-

Digitized by Google

tion du tympan ; puis ultérieurement l'ouverture de la citerne sous-arachnoïdienne.

Raymond Johnson regarde cette dernière opération comme contre-indiquée quand l'hydrocéphalie est très prononcée, à cause de l'affaissement secondaire des ventricules et des convulsions consécutives.

H. RENDU.

PASTEUR. Epidemie of infantile paralysis in the same family (*Brit. med. Journ.*, *p. 851, 3 avril 1897*).

Relation d'une épidémie de paralysie chez sept enfants d'une même famille, avec fièvre modérée et céphalée violente. Chez trois des enfants, les symptômes paralytiques survinrent à la fin du premier septénaire. Le type de la paralysie fut variable ; dans un cas, une paralysie flasque du bras gauche ; chez un autre, une hémiplégie avec contracture du bras et de la jambe et paralysie transitoire homonyme de la face et du voile du palais ; dans un troisième, une monoplégie de la jambe gauche avec contracture. La cause de l'épidémie est restée obscure, mais sa marche a été celle d'une maladie infectieuse. H. R.

W.-G. SPILLER. A clinical study of infantile hemiplegia (*Journ. of nerv. and ment. diseases*, *p. 15, janv. 1897*).

S. a examiné 33 cas d'hémiplégie infantile du service de Mills dont 23 chez des filles ; sans s'attarder à reproduire la description classique de cette affection, il a porté spécialement son attention sur quelques points peu connus ou mal connus. C'est ainsi que dans 9 cas il a noté l'oligodactylie cubitale de Féré, dans 10 cas la paralysie ou la parésie faciale, dans 6 cas la diminution de volume du thorax du côté paralysé, dans 1 cas l'atrophie unilatérale de la langue. Il cite un certain nombre de cas dans lesquels l'affection s'est développée à la suite de maladies infectieuses, et son travail contient deux figures d'après des photographies, l'une réprésentant un hémisphère atteint de sclérose lobaire, l'autre un hémisphère porencéphalique. PIERRE MARIE.

BLOCH. Symptômes tabétiques chez un enfant atteint de syphilis héréditaire et d'épilepsie (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 10, p. 215, 8 mars 1897*).

Garçon de 13 ans dont le père, mort de paralysie générale progressive, a donné la syphilis à sa femme peu après leur mariage. Celle-ci, après avoir avorté deux fois, accoucha du petit malade, puis de 3 autres enfants, offrant tous les symptômes de la syphilis héréditaire.

Le petit malade ne présenta rien d'anormal jusqu'à l'âge de 5 ans, où l'on constate une mydriase gauche ; à 8 ans, survint de l'incontinence d'urine, au moins aussi marquée le jour que la nuit ; à 9 ans, son développement intellectuel commença à s'arrêter. Enfin, depuis l'été dernier, il a des accès épileptiques classiques.

Etat actuel : Mydriase bitalérale, mais plus forte à gauche ; rigidité réflexe des pupilles à la lumière ; réaction de convergence conservée ; par moment, trace d'une ptose palpébrale gauche, muscles oculaires et autres nerfs craniens normaux ; rien à l'examen ophtalmoscopique.

Digitized by Google

Signe de Romberg inconstant ; intégrité de la motilité et de la sensibilité des membres supérieurs. Au niveau des membres inférieurs, flots d'hypalgésie; réflexe rotulien manquant à gauche. Incontinence d'urine. J. B.

C. SICK et A. SÄNGER. Heilung einer in Folge traumatischer Defects bedingten Lähmung des Radialis..... (Greffe du médian sur le radial dans un cas de paralysie radiale d'origine traumatique) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, p. 271*).

Dans cette observation, il s'agit d'un enfant de 5 ans qui présenta une paralysie du nerf radial après une fracture esquilleuse du corps de l'humérus. Après la guérison de la fracture, le foyer fut mis à nu, et on remarqua que le nerf radial était coupé; de plus, les deux segments étaient recroquevillés et distants, de telle sorte qu'on ne put les réunir. On greffa un lambeau du nerf médian sur le bout périphérique du nerf radial, et la paralysie disparut petit à petit au bout de cinq mois. M. BAUDOUIN.

ENOUF. Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques chez l'enfant (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur a recueilli 1 observation personnelle qu'il a jointe à 5 déjà publiées; il montre que ces paralysies surviennent dans 2 ordres de faits ; tantôt elles accompagnent des troubles cérébraux graves et alors la pneumonie se termine par la mort; tantôt elles se montrent dans des pneumonies graves, soit au début, soit pendant les périodes d'état, soit après la défervescence, et durent quelques heures ou quelques semaines, mais guérissent toujours. Elles peuvent révéler des types variés : paraplégie, hémiplégie, monoplégie. H. L.

COMBY et VOGT. Un cas d'empyème gangréneux avec pneumothorax chez un garçon de 11 ans 1/2 : pleurotomie; guérison (*Soc. méd. des hôp., 30 avril 1897*).

Un garçon de 11 ans et demi reçoit le 28 octobre un coup sur le côté gauche du thorax ; le 29, fièvre intense et signes d'un épanchement limité à la base gauche ; dans la nuit du 4 au 5 novembre, crise soudaine d'orthopnée. Le 6, signes d'hydropneumothorax ; le 7, ponction blanche avec la seringue de Pravaz. Le 9, issue avec un gros trocart d'un demi-litre de pus fétide ; on pratique d'urgence la pleurotomie qui amène l'issue de 2 litres de pus fétide, mélangé à des fausses membranes. Lavages répétés. A trois reprises, la plèvre se vide mal, les malaises reviennent. Guérison complète au bout de trois mois. L'enfant n'avait ni expectoration, ni odeur fétide de l'haleine.

Netter a pratiqué l'examen microscopique du pus évacué et a trouvé en abondance un microorganisme particulier ayant la forme de filaments longs et minces, qu'il a toujours trouvé dans 6 cas de ce genre. Ces pleurésies putrides doivent être absolument distinguées des pleurésies consécutives à la gangrène pulmonaire ; l'affection est exclusivement limitée à la plèvre. Le bacille filiforme est anaérobie, pas mobile, se colore par le Ziehl et le bleu de Loeffler, il ne retient pas le Gram ; il se rencontre dans des affections spontanées chez divers animaux : lapins, kanguroos, rats blancs ; chez ces animaux la lésion débute au niveau de la mâchoire ; il est probable qu'il pénètre par la bouche, il ressemble beaucoup au leptothrix buccalis. H. L.

Digitized by Google

H.-D. ROLLESTON. A case of sudden death due to embolism of one of the coronary arteries of the heart (*Brit. med. Journ., p. 1566, 28 nov. 1896*).

Garçon de 16 ans, rhumatisant, entré à l'hôpital pour de l'hypertrophie du cœur, avec tachycardie et arythmie, sans souffle mitral. On diagnostiqua néanmoins une insuffisance mitrale, à cause des phénomènes d'hydropisie rapide qui se produisirent; il fallut pratiquer la paracentèse de l'abdomen pour de l'ascite. Les diurétiques ordinaires et les médicaments cardiaques échouèrent complètement : on essaya également la méthode de Schott, des mouvements provoqués des bras pour faciliter le travail du cœur.

Deux jours après, brusquement éclata un accès de dyspnée et l'enfant succomba avec des signes de cyanose et d'asphyxie rapide.

A l'autopsie, cœur énorme, dilaté et hypertrophié. Les cavités sont remplies de caillots *post-mortem*. Les valvules sont saines, mais les orifices auriculo-ventriculaires anormalement dilatés. Vers le point du ventricule gauche se voit un caillot fibrineux adhérent, de date ancienne. Les orifices de l'aorte et des artères coronaires sont sains. Mais en disséquant l'artère coronaire gauche, on la trouve bloquée, au niveau de sa bifurcation avec l'artère de la cloison, par un caillot de même nature que celui de la pointe du ventricule. L'auteur attribue à cette embolie la mort subite avec cyanose rapide, conforme aux résultats expérimentaux obtenus par Erichsen, Panum et Cohnheim.

H. RENDU.

W. HERRINGHAM. Paroxysmal tachycardia in a child (*Brit. med. Journ., p. 144, 16 janv. 1897*).

Enfant de 11 ans. Depuis cinq ans sujette à des crises de tachycardie paroxystique qui débutent brusquement en pleine santé, durent de trente-six heures à douze jours et finissent par un sommeil profond. Pendant l'attaque pouls petit, incomptable, cœur très dilaté ; sensation de détresse précordiale sans douleur vive ; respiration rapide sans œdème pulmonaire, léger degré de cyanose, pas d'anasarque ni d'albuminurie.

L'attaque finie, la santé est parfaite. Pourtant les signes stéthoscopiques sont ceux d'une dilatation cardiaque permanente. Aucun mode de traitement n'a enrayé les accidents.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Abrahams, West, Seymour, Taylor, Glow s'accordent à dire que les accidents de tachycardie paroxystique sont d'origine nerveuse et tout à fait exceptionnels chez les enfants. H. RENDU.

ORLOWSKI. Étiologie des hémorragies chez le nouveau-né (*Thèse de Paris, 1897*).

Travail basé sur quatorze observations d'hémorragie par différentes voies chez le nouveau-né. Deux fois seulement l'enfant ne succomba pas. Le pronostic de cette complication est donc très grave.

L'étiologie se résume dans presque tous les cas en la syphilis et en l'infection. A propos de l'infection, on a constaté et on a cultivé des microbes divers par ordre de fréquence, le streptocoque, le staphylocoque et le coli-bacille. PORAK.

Digitized by Google

SONNENBERGER. Beiträge zur Ätiologie und Pathogenese..... (Contribution à l'étiologie et à la pathogénie des troubles digestifs dans la première enfance) (*Münch. med. Woch., p. 335 et 363, 30 mars et 6 avril 1897*).

L'auteur attirel'attention sur une cause d'intoxication à laquelle ne peut remédier la stérilisation du lait, c'est l'intoxication par les poisons végétaux provenant des plantes ingérées par les vaches laitières, dont quelques champs peuvent être infectés (lolium temulentum, colchicum autumnale, digitalis purpurea, hyosciamus niger, papaver sumniferum, euphorbia, conium maculatum, helleborus, sinapis, etc.).

C. LUZET.

C. RAILTON. A case of pancreatic cyst in an infant (*Brit. med. Journ., p. 1318, 31 oct. 1896*).

Fillette de 6 mois, bien portante jusqu'à cinq mois; dépérissant depuis trois semaines, sans cependant présenter de fièvre ni de douleur. Le ventre est tendu : dans l'hypocondre gauche se voit une saillie correspondant à une tumeur arrondie, s'étendant des côtes à la crête iliaque, donnant par son élasticité l'impression d'un kyste. Une ponction exploratrice ramena un liquide clair, ne contenant pas d'urée. On diagnostiqua une hydronéphrose. Quelques jours plus tard il fallait ponctionner de nouveau, cette fois le liquide était trouble : on se décida enfin à inciser et à drainer la poche, mais l'enfant succomba au choc opératoire. On reconnut à l'autopsie que le kyste provenait de la queue du pancréas. C'est le premier cas d'une anomalie de ce genre constatée chez un enfant aussi jeune.

H. R.

Bernard PITTS. Case of intussusception in infants treated by abdominal section (*The Lancet, p. 1602, 12 juin 1897*).

Pitts relate 7 cas d'intussusception chez l'enfant, traités par la laparotomie, avec 6 guérisons ; 2 cas sont surtout intéressants.

Le premier concerne un enfant de 2 ans 3 mois, entré à l'hôpital le 11 mars 1893. A l'âge de 9 mois et de 12 mois l'enfant eut une crise abdominale mal définie et depuis il a eu 4 ou 5 attaques d'un caractère semblable. Quatre jours avant son entrée l'enfant fut pris de douleurs abdominales très vives, puis de selles sanglantes avec affaiblissement extrême; l'enfant fut tenu en observation jusqu'au 27 mars, et durant ce temps il eut de fréquentes crises douloureuses; les selles étaient bien formées, mais striées de sang; enfin, une tuméfaction, notée dans l'abdomen (flanc droit), devenait progressivement plus volumineuse.

Le 27, incision abdominale ; on constate une intussusception de $0^m,05$ de t'iléon dans le cœcum ; l'appendice n'était pas invaginé. On fait une incision de $0^m,05$ sur le cœcum et le côlon ascendant et on constate que l'anse invaginée est épaissie, avec une muqueuse ulcérée et hors d'état de pouvoir être réduite.

L'iléon au-dessus de la partie invaginée fut suturé au cœcum et $0^m,04$ de la partie invaginée sont coupés avec des ciseaux, par la fenêtre pratiquée dans le côlon ascendant; la muqueuse de l'iléon est ensuite suturée à la muqueuse du cœcum. Guérison rapide.

L'enfant a été revu en février 1897; il est bien développé et il ne semble point qu'il y ait le moindre rétrécissement de l'intestin.

Digitized by Google

Dans le second fait, il s'agit d'une enfant de 2 ans 1/2, qui présenta des signes assez vagues du côté de l'abdomen et chez laquelle on découvrit par la laparotomie, outre une intussusception légère de l'iléon dans le cœcum et qui fut aisément réduite, une invagination dans le cœcum de l'appendice vermiforme.

Le cœcum incisé, on trouva l'appendice épaissi et complètement invaginé : on l'excisa après suture du péritoine au niveau de sa base, puis le côlon fut suturé. Guérison sans incidents. P. MAUBRAC.

C.-F. MARTIN. On so called idiopathic dilatation of the large intestine (*Montreal med. Journ., mars 1897*).

Pendant la vie intra-utérine, l'S iliaque est relativement plus développée que les autres segments du gros intestin. Sa dilatation congénitale peut être *idiopathique*, c'est-à-dire qu'elle existe sans cause connue. Voici un exemple remarquable.

Garçon de 3 ans 1/2, souffrant depuis la naissance d'une opiniâtre constipation. Pendant la première année de la vie, le ventre n'a pas été très développé. A la fin de décembre 1895, il est énorme ; obstruction stercorale, suppression des gaz, puis débâcle. Les mouvements péristaltiques sont visibles dans la moitié inférieure de l'abdomen.

Le 16 janvier 1896, on est obligé de pratiquer la laparotomie. Un peu d'ascite. Le diamètre de l'S iliaque est de 9 à 10 centimètres. Pas d'étranglement, pas d'obstacle. La plaie guérit. Le 30 janvier, on incise l'intestin dans la région iliaque gauche, et cependant on ne parvient pas à vider complètement le côlon. Péritonite mortelle au bout de 6 jours.

Autopsie. — La moitié inférieure de l'abdomen est remplie par l'S iliaque énormément distendue et décrivant une courbe dont la convexité regarde à droite. Elle a une longueur de 38 centimètres tandis que le reste du côlon et le cœcum n'ont qu'une longueur totale de 50 centimètres. Elle contient 850 grammes de matières fécales solides. Ses parois hypertrophiées ont 5 millimètres d'épaisseur. Pas d'ulcération de la muqueuse. Pas de rétrécissement du rectum. L'intestin grêle est normal. L. GALLIARD.

HAIC. Des fistules congénitales par persistance du conduit vitellin (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur rapporte 22 observations dont il conclut que les fistules entéro-ombilicales sont toujours dues à la persistance du diverticule de Meckel. Elles peuvent s'observer dès la naissance, mais elles se voient plus fréquemment au moment de la chute du cordon. Ces fistule s'accompagnent rapidement d'éversison de la muqueuse intestinale et de prolapsus de l'anse adjacente au diverticule. La complication la plus fréquente est l'occlusion intestinale qui se voit dans 31 0/0 des cas.

Le traitement dépend du volume de la fistule. Si elle est petite et s'il n'existe pas de tumeur ombilicale, la cautérisation suivie de compression suffit. Si la fistule est volumineuse et s'il existe du prolapsus intestinal, il faut pratiquer la laparotomie, réséquer le diverticule et suturer successivement la plaie intestinale et la plaie cutanée. VICTOR VEAU.

Digitized by Google

I. — BERNHARD. Ueber Schrumpfnieren im Kindesalter (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 9, p. 191, 1er mars 1897*).

II. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibid.*).

I. — La néphrite interstitielle des enfants diffère peu symptomatologiquement de celle des adultes. Les premiers phénomènes sont souvent la polyurie, la polydyspsie, l'incontinence nocturne d'urine, etc. Mais fréquemment aussi le début est tout à fait insidieux. Les symptômes ne sont pas constants; l'hypertrophie du cœur est commune. Comme facteurs étiologiques, il n'y a à relever que l'athérome vasculaire et la syphilis.

II. — *Fürbringer* a trouvé récemment chez deux frères et sœurs très jeunes une atrophie typique des reins. La néphrite granuleuse peut constituer une affection familiale débutant parfois dès l'âge le plus tendre. L'étiologie en est obscure. Il faut en séparer notamment les cas d'atrophie unilatérale presque toujours due à des calculs.

Strauss rappelle qu'il y a aussi des albuminuries cycliques qui peuvent servir à diagnostiquer une néphrite interstitielle; ce sont, par exemple, celles qui se développent chez des enfants quelques années après une maladie infectieuse, telle que la scarlatine. Elles s'annoncent par la présence dans le sédiment urinaire d'un très grand nombre de cylindres hyalins granuleux et sans grands troubles de l'état général. L'urine doit être examinée de préférence dans la matinée, car celle de la nuit peut être entièrement normale.

Le même phénomène s'observe d'ailleurs aussi dans la néphrite interstitielle des adultes, ainsi que le fait remarquer Litten.

Bernhard répond à Fürbringer que l'atrophie unilatérale des reins n'est pas toujours d'origine calculeuse. J. B.

DUPEU. Sur la néphrite aiguë bénigne chez les enfants (*Thèse de Paris, 1897*).

La néphrite aiguë bénigne est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Elle se rencontre après toutes les maladies infectieuses, en première ligne la scarlatine et la diphtérie, puis dans des cas rares après la rougeole, la varicelle, les oreillons, la fièvre typhoïde, la pneumonie. Elle peut être due à l'intoxication par la cantharide, l'iode, les balsamiques (baume du Pérou, térébenthine), l'acide phénique, etc.

L'auteur insiste aussi sur le rôle des angines et de la fièvre ganglionnaire. Il n'accorde au froid qu'une importance secondaire. H. L.

L. GUINON. Fièvre typhoïde anormale chez une petite fille de 2 ans (*Rev. mens. des mal. de l'enf. mai 1897*).

Une fillette, très constipée depuis plusieurs mois, est prise d'une forte fièvre avec délire et météorisme. Le septième jour elle est dans un état de prostration; brusquement la fièvre monte à 41, l'enfant perd connaissance, le pouls bat 18; un lavage de l'intestin ramène en abondance des matières liquides jaunes d'odeur infecte; une demi-heure après le lavage l'enfant reprend connaissance, l'enfant supporte mal les bains, on recourt aux enve-

Digitized by Google

loppements froids; les garde-robes restent rares, infectes et l'enfant a une odeur gangreneuse. Le neuvième jour attaque subite de collapsus; le pouls devient imperceptible, l'œil atone, les extrémités froides, avec température centrale de 40,8; un bain sinapisé échoue; une injection sous-cutanée d'eau salée ranime le cœur. Le 28 août (10e jour) diarrhée séreuse inodore; le 29, nouvelle attaque comateuse; le 30, accidents méningitiques, raideur généralisée, cris, anurie. Le 1er septembre, accidents bulbaires avec pouls lent, faible, respiration de Cheyne Stokes, perte de connaissance, qui cessent quand on met l'enfant la tête en bas; le 2, éruption de taches rosées, polyurie, chute de la fièvre le trentième jour. Le séro-diagnostic pratiqué tardivement fut très net; les phénomènes d'intoxication alimentaire furent dus à l'ingestion de coquillages et huîtres au début de la fièvre. H. L.

I. — KAREWSKI. Ueber Perityphlis bei Kinder (*Berlin. klin. Woch., p. 150, 15 fév. 1897*).

II. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibid., p. 69, 22 fév. 1897*).

I.— La périyphlite n'est pas si commune chez l'enfant que plusieurs l'ont cru. Sur l'ensemble des périyphlites Karewski l'a rencontrée dans 40 0/0 des cas, Sonnenburg dans 30 0/0, Israel dans 25 0/0, Rotter dans 10 0/0 et Landerer dans 8 0/0. Elle est rare surtout dans les hôpitaux d'enfants, sans doute parce qu'on ne l'y opère pas. Mais la mortalité opératoire est très considérable ; Rotter 66 0/0; Israel 55 0/0; Karewski 47 0/0; Landerer 25 0/0; seul Sonnenburg a obtenu des résultats aussi favorables que chez l'adulte, 8 0/0 de décès opératoires. Ces chiffres si différents s'expliquent par la variété des espèces, car la périyphlite n'est pas une affection une. Dans la statistique de Rotter, qui accuse une mortalité générale de 8,9 0/0, celle des périyphlites circonscrites n'est que de 2,5 0/0, tandis que celle des périyphlites diffuses s'élève à 66 0/0. Les 38 cas de périyphlite enfantine opérés par Sonnenburg se décomposent en 31 cas de lésions circonscrites sans aucun décès et 7 cas de lésions diffuses avec une mortalité de 43 0/0. La périyphlite diffuse est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. A ses débuts, la périyphlite des enfants est souvent prise pour une simple dyspepsie. Mainte fois, c'est un traitement intempestif (douches rectales, purgatifs) qui lui imprime un caractère de gravité Les vomissements, entre autres symptômes importants, manquent souvent.

II. — En trois ans Renvers a vu 134 périyphlites et en a opéré 47 dont 19 ont succombé; 5 des morts étaient des cas compliqués (abcès multiples, gangrène, péritonite généralisée) tandis que dans les 5 autres les lésions étaient encore circonscrites. Quant aux 87 malades non opérés, 13 ont succombé et cela dans les 24 heures. Chez les opérés, l'existence des complications n'avait pas été reconnue. En faisant abstraction des cas d'origine puerpérale 90 0/0 des péritonites suppurées sont consécutives à une périyphlite; 16 0/0 des malades de Renvers avaient déjà plus de 3 récidives de leurs affections. La coprostase n'est qu'une suite de la périyphlite, mais elle facilite l'irritation du péritoine. Le terme d'appendicite a été malheureusement choisi, car l'appendice vermiforme peut être le siège d'altérations variées sans qu'il y ait trace de périyphlite : la simple et la purulente qui est toujours circonscrite à ses débuts et qui ne

Digitized by Google

peut sûrément guérir spontanément, mais seulement au bout de semaines ou de mois.

Baginsky, sur 2,900 enfants malades admis à l'hôpital, en a compté 29 atteints de périty phlite : 19 ont guéri sans être opérés, 2 sont morts sans avoir été opérés et 4 ont succombé malgré l'opération. Il est contraire à toute intervention chirurgicale quand l'inflammation du péritoine est généralisée.

Fürbringer a vu en dix ans 389 cas de périty phlite dont 54 chez des enfants ; 2 de ceux-ci seulement sont morts (par péritonite). Parmi les restants, 38 ont parfaitement guéri, 8 n'ont éprouvé que de l'amélioration et 6 ont dû être opérés. Dans sa clientèle privée, la mortalité a exédé 50 0/0. Au fur et à mesure qu'il acquiert plus d'expérience, il constate qu'il n'est pas possible de distinguer des formes aussi tranchées de périty phlite que le veut Renvers. Sur les 38 guérisons spontanées, il y avait certainement bon nombre d'enfants qui avaient de la suppuration. Quant à la ponction, elle peut être précieuse pour le diagnostic et lorsqu'elle est faite avec précaution, elle est inoffensive ou ne donne lieu qu'à un phlegmon cutané.

Sonnenburg a observé 37 cas de périty phlite chez des enfants dont 6 sont morts, 17 ont été opérés dès leur première attaque, qui s'était montrée grave. Les attaques bénignes passent souvent inaperçues. Mais la fin de l'accès n'est pas la fin de la maladie, alors même qu'il s'est écoulé plusieurs années depuis le dernier paroxysme. A l'inverse de la guérison naturelle qui ne concerne que l'attaque aiguë, l'intervention chirurgicale guérit la maladie elle-même. Il n'y a d'exception que pour la forme gangrèneuse très commune chez les enfants, impossible à reconnaître à sa phase initiale et pouvant survenir à toute période d'une périty phlite quelconque, l'opération est alors incapable d'empêcher la terminaison fatale en quelques jours.

Heubner estime que Sonnenburg assombrit trop le pronostic de la périty phlite qui peut, chez l'enfant, guérir d'une façon complète. Kleinwächter n'a constaté que 24 0/0 de récidives. Il partage l'opinion de ce chirurgien anglais qui considère les cas sans tumeur appréciable comme les plus graves; dans ces circonstances, Heubner est partisan de l'opération immédiate. J. B.

PEARSON et LITTLEWOOD. A case of dry gangrene, etc. (Gangrène sèche des deux membres inférieurs compliquant une scarlatine) (*The Lancet, p. 84, 10 juill. 1897*).

Un enfant de 4 ans est atteint, le 9 septembre 1896, d'une scarlatine d'intensité moyenne et d'allure normale. Le 17 septembre, on note sur les membres inférieurs des taches décolorées; jour par jour cette décoloration des jambes devint plus marquée : le 20 septembre, les douleurs sont très vives dans les membres, et la décoloration s'étend jusqu'à 4 pouces au-dessus du genou en avant, et en arrière jusqu'au milieu de l'espace poplité. Le 30, une ligne de démarcation s'établit des deux côtés au-dessous des genoux, et le 3 octobre on pratique une double amputation de cuisse, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Guérison rapide, bien que le patient ait été infecté et très déprimé au moment de l'intervention.

Les deux jambes sont sèches, momifiées. Dans les artères poplitées, au

Digitized by Google

milieu du triangle, on trouve un caillot, mou, blanc rougeâtre, que ne remplit pas entièrement la lumière du vaisseau; le caillot est peu adhérent; il mesure un pouce de longueur; pas de caillot dans les autres artères de la jambe. Dans les mêmes poplitées, au même niveau, on trouve un caillot sombre, oblitérant presque le canal veineux, n'adhérant pas à la membrane interne. Les autres veines sont vides et sans caillot. P. MAUBRAC.

GOODALL. Thrombosis of the veins of Galen after scarlet fever (*The Lancet, p. 883, 27 mars 1897*).

Une fille de 8 ans entre à l'hôpital pour une scarlatine d'intensité moyenne; le soir du 11e jour, alors que la malade était déjà convalescente, elle fut prise de convulsions généralisées qui entraînèrent, au bout de quelques heures, une rigidité presque générale et un coma profond : le pouls était très fréquent, et la température s'éleva quelques instants avant la mort à 41°,8. Point de névrite optique ni d'albuminurie.

A l'autopsie on trouve une thrombose des veines de Galien et du sinus droit; le caillot était dur et adhérent; les deux plexus choroïdes étaient recouverts d'une couche de lymphe récente; la seule lésion rencontrée est une légère ulcération des amygdales; point d'otite moyenne.

Coupland rapporte un cas analogue survenu chez une jeune femme au cours de la convalescence d'une rougeole.

S.-E. HENSCHEN. Sclérose disséminée aiguë, avec névrite de la moelle, consécutive à la diphtérie, chez un enfant (*Nord. med. Arkiv, XXVIII, n° 22*).

Jeune fille de 14 ans, atteinte d'une affection aiguë du pharynx relativement bénigne, le 17 mai 1893. Paraplégie graduelle complexe avec anesthésie du tronc jusqu'au thorax. Faiblesse du bras droit. Quelques jours plus tard diminution de la vision à gauche, ptosis, abolition du réflexe rotulien. Paralysie de la corde vocale droite. Paralysie des muscles du cou. Diminution de l'irritabilité faradique, avec contractions lentes. anesthésie du rectum. Le 11 juin, thrombose de la jambe droite. A la fin du mois, amélioration de la motilité des bras et des jambes, ainsi que de la sensibilité des jambes. Décubitus. Marasme. Juillet, état stationnaire; à la fin de mars, broncho-pneumonie. Mort le 7 août. La température oscilla pendant toute la maladie entre 37 et 40°.

A l'autopsie, outre une dégénérescence avancée et totale des nerfs des jambes, moins avancée des nerfs des bras, on constate de nombreux foyers sclérotiques épars sur toute la longueur de la moelle, moins abondants dans la moelle cervicale, avec dégénérescence secondaire des cordons de Goll.

Les altérations de la moelle lombaire sont moins prononcées que celles de la moelle dorsale. Toutes les parties de la section transversale sont intéressées à des hauteurs variables, tantôt plus, tantôt moins. Dans ces foyers, les cylindres-axes sont souvent conservés; la limite entre le tissu sain et le tissu malade n'est pas bien tranchée. Dans les foyers de sclérose les cellules ganglionnaires de la substance grise sont détruites, avec prolifération des cellules et des fibrilles de névroglie. Dans la moelle lombaire, les cellules ganglionnaires sont normales. Foyers analogues dans les racines des nerfs. Migration cellulaire abondante autour des vaisseaux, avec intégrité de leurs parois. Le processus paraît s'être étendu depuis la moelle dorsale tant en haut qu'en bas.

H. FRENKEL.

Digitized by Google

Alfred GOENNER. Récidive rapide de diphtérie après sérothérapie (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 3, p. 95, 1er fév. 1897*).

Garçon de 2 ans ; le 31 décembre 1896, température de 40°, fausses membranes sur les amygdales avec bacilles de Lœffler ; adénite sous-maxillaire volumineuse. Le lendemain, injection de sérum. Le jour suivant, les fausses membranes ont disparu, et la fièvre a cessé. Le 10 janvier, santé parfaite, gorge normale, plus de ganglions. Le 12, après une nuit d'insomnie, 39°,5 ; nouvel enduit sur les amygdales. Le 13, constatation des bacilles de Lœffler ; injection de sérum. Le 14, plus d'enduit ni de fièvre.

La deuxième infection est peut-être due à la mère qui, le 4 janvier, a présenté une angine diphtéritique mixte (bacilles de Lœffler, staphylocoques et streptocoques). Bien que séparée de son enfant, elle commit l'imprudence de lui envoyer des objets qui se trouvaient sur sa table de nuit. J. B.

HEUBNER. Obésité congénitale d'un nourrisson (*Berlin. klin. Woch., n° 2, p. 35, 11 janv. 1897*).

Fillette âgée de 8 mois, pesant 39 livres et ayant une taille de 74 centimètres. C'est le troisième enfant de parents âgés l'un et l'autre de 28 ans. Pas d'hérédité familiale, pas de diabète ni de névropathies, mais le père est syphilitique. L'enfant est allaitée par la mère et prend le sein avec avidité. Ses deux frères et sœurs n'offrent rien d'insolite dans leur développement. A la naissance, qui fut facile, le poids était de 15 livres. C'est le développement exagéré du tissu adipeux sous-cutané qui est la cause essentielle du volume anormal de cette nourissonne.

Heubner n'a trouvé à rapprocher de cette observation qu'un cas de Ballantyne concernant un mort-né chez lequel le coussinet graisseux offrait sur tout le corps une épaisseur de 2 centimètres. J. B.

ARRAULT. Des perforations intestinales par les ascarides lombricoïdes (*Thèse de Paris, 1897*).

Une observation personnelle recueillie dans le service de Variot montre la possibilité de perforations intestinales par les ascarides. Il s'agissait d'un enfant de 10 ans reçu pour une péritonite aiguë datant de 12 jours, regardée comme tuberculeuse avec ascite notable ; l'enfant avait de la diarrhée, des vomissements et rendit plusieurs lombrics par la bouche. Mort 6 jours après. A l'autopsie, on trouva un flot de pus dans le péritoine, une poche purulente près de l'axe du côlon transverse et du côlon descendant, contenant un ascaride et à la face libre du côlon plusieurs petites perforations taillées à l'emporte-pièce, laissant passage aux matières intestinales ; l'iléon renfermait plusieurs ascarides. Pas de tuberculose pulmonaire intestinale. H. L.

SABRAZÈS et CABANNES. Helminthiase, à forme dysentérique, provoquée par l'ascaris lombricoïdes et le tricochephalus dispar (*Soc. méd. des hôp., 4 janv. 1897*).

Un jeune enfant de 6 ans, dont la mère a été sujette pendant sa grossesse à des crises de ténesme suivies de débâcles pseudo-membraneuses, mélangées

Digitized by Google

de lombrics, est sujet depuis l'âge d'un an à des crises de diarrhée avec émission de lombrics; depuis novembre 1896 il est sujet à des coliques violentes avec épreintes, besoins impérieux répétés nocturnes et diurnes, diarrhée glaireuse et hémorragie chronique; l'examen histologique des selles montre une véritable débâcle d'œufs d'ascaride lombricoïde, de trichocéphales, ainsi qu'un grand nombre de cristaux losangiques de Charcot-Leyden

H. L.

Samuel WEST. Actinomycosis of the pleura and chest wall (*Brit. med. Journ. p. 916, 10 avril 1897*).

Enfant de 6 ans, atteint depuis deux mois de point de côté et de bronchite. On reconnaît une pleurésie purulente et on pratique l'empyème. Le pus est trouvé plein d'actinomyces. La température après l'opération reste élevée; seize jours après, on ouvre une nouvelle collection suppurée, sans connexion avec la plèvre, et six semaines après une troisième également isolée de la cavité thoracique. Bains iodés et iodure de potassium à l'intérieur, suivie d'amélioration; malheureusement l'enfant meurt accidentellement. L'autopsie montre le poumon atélectasié, encastré dans une masse brunâtre contenant des cavités purulentes. Ordinairement l'actinomycose thoracique débute par le poumon: ici l'organe était indemne. H. RENDU.

WALTON. Subarachnoid serous exsudation productive of pressure after head (tête) injuries (*N. York med. Journ., p. 740, 29 mai 1897*).

Walton cite les faits suivants: Un garçon de 6 ans, à la suite d'un traumatisme de la tête, tombe dans un état de stupeur avec agitation; le lendemain il est sans connaissance avec une paralysie unilatérale de la face. Une opération est jugée indispensable, mais on la diffère; au bout de quatre jours, la paralysie avait disparu.

Un enfant de 3 ans et demi tombe d'une escarpolette sur la tête; le lendemain, il est paralysé d'un bras; cette paralysie s'atténue à partir du troisième jour et disparaît rapidement.

Une jeune femme se heurte violemment la tête; aussitôt apparaissent de la perte de connaissance, de l'agitation, des vomissements, de l'hémiplégie. On trépane, et on trouve la dure-mère tendue; cette membrane incisée, un flot de sérum jaillit; les signes de compression s'amendèrent aussitôt, mais la patiente succomba par suite d'autres lésions.

Ces faits semblent démontrer qu'un choc violent peut déterminer une contusion et une congestion locales avec épanchement séreux sous-arachnoïdien; ce liquide épanché peut déterminer une paralysie locale; le diagnostic différentiel d'avec une hémorragie est des plus difficiles; la paralysie focale ne donne donc point l'indication formelle d'une intervention immédiate.

P. MAUBRAC.

I. — STOOSS. Ueber Æthernarcose im Kindesalter (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 13, p. 213, 1er avril 1897*).

II. — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne (*Ibid., p. 214*).

I. — Stooss, contrairement à l'opinion générale qui considère le chloroforme comme moins dangereux que l'éther pour anesthésier les enfants, lui préfère ce dernier. Il a d'ailleurs trouvé dans la littérature 33 cas de

Digitized by Google

mort par le chloroforme chez des enfants au-dessous de douze ans et n'en connaît pas par l'éther. Son expérience se base sur 250 éthérisations pratiquées dans l'enfance: l'irritation de la muqueuse trachéo-bronchique est beaucoup moins marquée que chez les adultes. La salivation, les vomissements sont tout à fait exceptionnels chez les nourrissons qui prennent aussitôt le sein ou le biberon. Jamais il n'a noté ni bronchites ni broncho-pneumonies, ni troubles intestinaux et conclut que, quel que soit l'âge des enfants, l'éthérisation est moins dangereuse que la chloroformisation.

II. — *Dumont* remarque que le travail de Stooss ne fait que confirmer les résultats de sa propre expérience depuis dix ans. Ce n'est que l'état des poumons et jamais l'âge qui peut fournir une contre-indication à l'emploi de l'éther. D. a anesthésié par l'éther des malades compris entre l'âge de 4 jours et celui de 84 ans. Le chiffre de ses éthérisations s'élève à 1,740, dont 271 chez des enfants De ces derniers, 162 n'ont pas donné lieu au moindre accident consécutif, tels que vomissement, etc. Plusieurs fois, il a constaté une très minime quantité d'albumine dans l'urine ; elle a disparu dès le second jour, sauf dans un cas où elle a persisté jusqu'au 4e jour. Jamais il n'a vu d'autres phénomènes accessoires fâcheux.

Fueter dit avoir abandonné depuis longtemps l'opinion que la période de dentition contre-indique l'usage de l'éther; on évite la sialorrhée et ses conséquences par les voies respiratoires en n'employant pas au début de l'anesthésie des vapeurs d'éther concentrées.

Tavel est un chaud partisan de l'éthérisation dans l'enfance, parce qu'elle entraîne rarement du collapsus, à l'inverse de la chloroformisation.

J. B.

P.-J. POSTNIKOW. Osteoplastische Radicaloperation der Spina bifida (Opération radicale de spina bifida avec ostéoplastie (*Deutsche med. Woch.*, *n° 7, p. 106, 11 fév. 1897*).

Chez un enfant de 4 ans, le spina-bifida siégeait au niveau des dernières lombaires et de la partie supérieure du sacrum. Après avoir disséqué le sac, enlevé un lipome qui le recouvrait, P. a réduit le sac dans la cavité du canal sans l'exciser, ni le ponctionner, puis il a détaché au-dessous de la crête iliaque un lambeau osseux appartenant à la fosse iliaque externe en le laissant adhérent aux parties molles par son bord interne. Ce lambeau, taillé d'après la forme de la perte de substance du canal médullaire, a été renversé dans le trou du spina, la face périostée se trouvant en contact avec le canal et la face spongieuse à l'extérieur ; P. l'a fixé aux bords osseux voisins avec quatre sutures à la soie et a réuni les parties molles. Cette opération exécutée d'après la méthode de Bobrow a parfaitement réussi; la cicatrisation s'est faite par première intention et trois semaines après l'enfant rentrait chez lui.

H. DE BRINON.

LOKWOOD et Lewis JONES. Peripheral hyperostosis (*Brit. med. Journ.*, *p. 719, 20 mars 1897*).

Fillette de 10 ans, présentant des hyperostoses périphériques, semblant sous la dépendance d'une ostéo-arthopathie hypertrophique pulmonaire. L'enfant est atteinte de catarrhe bronchique chronique et a de l'induration du

Digitized by Google

sommet d'un poumon. Les mains, les avant-bras, les pieds et les jambes sont épaissies et élargies, surtout au niveau de la diaphyse; il existe un notable degré de scoliose. Les articulations sont saines. Les lésions ressemblent un peu à celles du rachitisme et par certains côtés se rapprochent de l'acromégalie. Les doigts sont en massue. H. RENDU.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

SAURAIN. Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant (*Thèse de Paris, 1897*).

L'eczéma, l'impetigo, le pemphigus, etc., peuvent être le point de départ chez l'enfant, et quelquefois aussi chez l'adulte, d'une infection profonde souvent mortelle. Ces complications infectieuses se rencontrent à l'hôpital, dans la salle commune ; ce sont des complications broncho-pulmonaires, gastro-intestinales, rénales, nerveuses, osseuses, des septicémies, des infections staphylococciques, etc. On ne peut éviter ces accidents secondaires dans l'évolution des affections cutanées chez les enfants qu'en les isolant et en leur désinfectant rigoureusement la peau.

F. BALZER.

COLOMBINI. Recherches sur la toxicité urinaire dans quelques dermatoses (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXIII, p. 230-314*).

La toxicité des urines dans l'eczéma rubrum madidans est plus de moitié moindre que celle de l'urine normale, et cela d'une manière constante. Dans l'eczéma aigu, l'urine procure aux animaux divers phénomènes tels que somnolence, coma, convulsions, paralysie des extrémités, etc... La toxicité urinaire peut persister quelquefois, mais cesse ordinairement après la guérison de l'eczéma aigu. Il est probable que, dans l'eczéma, les poisons s'éliminent beaucoup par la peau et moins par la voie rénale. Dans le cas de guérison trop soudaine, on conçoit que des accidents puissent résulter de la suppression brusque de l'élimination des substances toxiques par la peau. Il est probable que l'eczéma dépend de cette élimination des toxiques par la peau et la diminution de la toxicité des urines serait ainsi une cause et non l'effet de l'eczéma aigu. Dans les maladies cutanées qui produisent la rétention des substances que la peau est chargée d'éliminer normalement, telles que l'eczéma papulo-squameux diffus, l'ichtyose généralisée, la toxicité urinaire est notablement augmentée, et redevient normale lorsque les fonctions de la peau se rétablissent. Ces faits démontrent encore l'importance de la peau comme voie éliminatrice des poisons de l'organisme. F. BALZER.

Digitized by Google

DE WANNEMAEKER. Du traitement du prurit par le salophène (*Belgique méd., 5 nov. 1896*).

L'auteur emploie le salophène dans tous les cas de démangeaisons persistantes, dans le prurigo, l'urticaire, l'eczéma séborréique, le psoriasis. Il s'en est bien trouvé et a vu le prurit rapidement disparaître. La dose est de 4 à 5 grammes par jour, pris à l'intérieur. H. R.

RISSO. Contribution clinique, histologique et bactériologique à l'étude du prurigo de Hebra (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 389, 1897*).

L'auteur a pu constater dans l'épiderme l'existence de cavités dans lesquelles il constate des parasites, d'abord un bacille court, droit, immobile, et un staphylocoque voisin de celui de Pfeiffer. Il a employé avec un certain succès, contre le prurit, les bains tièdes au trisulfure de potassium. Il a obtenu peu de résultats de la cure arsénicale poussée jusqu'à l'intolérance, ainsi que de l'acide phénique et des narcotiques. Les injections de pilocarpine n'ont donné qu'une amélioration passagère, ainsi que l'huile de cade en badigeonnages. Le meilleur résultat a été obtenu à l'aide des applications de liquide de Flemming, suivies du bain et de l'onction avec la pommade de Wilkinson. F. BALZER.

Thomas SAVILL. The pathology of itching and its treatment by large doses of calcium chloride (*Brit. med. Journ., p. 732, 19 sept. 1896*).

L'auteur préconise contre le prurit essentiel aussi bien que contre le prurit symptomatique (ictère, urticaire, diabète, goutte, lichen, etc.) d'assez fortes doses de chlorure de calcium. Il publie des cas où ce médicament s'est montré utile après inefficacité reconnue de tous les autres (bains, arsenic, acide phénique, pommade mercurielle, etc.). On doit le donner à la dose de 50 centigrammes trois fois par jour : on a pu en administrer ainsi jusqu'à 40 grammes sans inconvénient pour l'estomac.

H. RENDU.

AUGAGNEUR. Un cas de dermatite bulleuse congénitale (*Annales de derm., VIII, p. 665, 1897*).

Homme de 64 ans, teinturier, présente une affection qui se traduit par la production régulière d'éléments éruptifs sous l'influence de traumatismes insignifiants. Il s'agit de bulles avec cuisson, susceptibles de s'infecter secondairement par le grattage et de devenir ulcéreuses. Aussi des cicatrices se sont formées sur les membres, surtout du côté de l'extension. L'affection paraît congénitale ou au moins contemporaine des premières années de l'existence. Les ongles des orteils et des doigts disparaissent sous la répétition des poussées bulleuses au niveau du lit et de la matrice des ongles. L'état général est bon. D'autres cas de ce genre ont été déjà publiés; comme caractères constants, il faut noter la production des bulles par des traumatismes légers et l'intégrité de la santé générale. Comme caractères inconstants, il faut signaler l'hérédité, la production spontanée des bulles dans quelques cas, la production de kystes épidermiques signalés par Hallopeau, et la disparition parfois définitive de la maladie. F. BALZER.

Digitized by Google

BESNIER et HALLOPEAU. Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes (*Ann. de derm., VIII, p. 743, 1897*).

De l'étude de ce cas les auteurs concluent que le mycosis fongoïde peut se présenter sous l'aspect de vastes surfaces excoriées et saillantes offrant tous les caractères objectifs de l'eczéma végétant; la biopsie est nécessaire pour le diagnostic. Il peut aussi revêtir l'aspect sycosiforme. Les adénopathies peuvent être inappréciables ou très peu prononcées dans cette maladie. Les nodules peuvent se disposer en cercles au niveau desquels la peau paraît saine; ils peuvent être intradermiques. Leur présence et la tuméfaction des nævi préexistants peuvent conduire au diagnostic.

F. BALZER.

DARIER et GASTOU. Sclérodermie en plaques de type insolite (*Ann. de derm., VIII, p. 451, 1897*).

Jeune femme de 24 ans, présentant à la joue gauche, sur l'épaule et le bras gauches des lésions maculo-tuberculeuses d'un aspect particulier. Ces lésions ont l'étendue d'une pièce de 5 francs, plus ou moins nettement limitées, sans induration au début, puis ulcéreuses, lardacées ou presque chéloïdiennes, de couleur variant de la teinte café au lait au rose et au rouge cerise; ces lésions au nombre d'une dizaine, datent de 7 ans. L'état général est passable; pas de tuberculose ni de syphilis, la malade avait subi inutilement des scarifications et des cautérisations. L'examen histologique de la peau a montré l'intégrité de l'épiderme, des annexes, du réseau vasculaire, du réseau élastique et des cellules. Il n'y pas de tumeur à proprement parler, par de granulome La lésion consiste en une hyperplasie conjonctive évidente du derme et de l'hypoderme, hyperplasie formée de fibres conjonctives anormales : il s'agirait d'après les réactions micro-chimiques d'une modification des faisceaux néoformés ou dégénérés, qui les rapproche des substances colloïdes ou mucoïdes. Nosologiquement ce cas peut être rapproché des sclérodermies en plaques, de la variété désignée parfois sous les noms de lardarcée ou pseudo-chéloïdienne. L'électrolyse a donné d'excellents résultats assez promptement.

F. BALZER.

BRISSAUD. Pathogénie du processus sclérodermique (*Presse méd., n° 51, p. 283, 1897*).

A propos de l'observation de deux cas de sclérodermie, Brissaud discute la nature et l'origine des sclérodermies en général. Il fait remarquer que l'endo-péri-artérite généralisée consécutive à une infection, qui a été considérée par Mery et Dinkler comme la véritable cause de la sclérodermie, n'explique pas suffisamment les faits. Cette lésion peut être parfois plus généralisée qu'elle ne l'est dans la sclérodermie, sans que celle-ci existe; il faut donc admettre que d'autres facteurs interviennent dans le processus Marianelli a d'ailleurs publié trois cas dans lesquels il n'existait aucune altération vasculaire notable. D'autre part, il existe des motifs formels d'admettre l'intervention du système nerveux, c'est notamment l'existence de la sclérodermie en bandes, correspondant soit à des nerfs périphériques bien déterminés, soit au territoire d'un nerf radiculaire, soit enfin à un métamère de l'axe spinal. Dans le cas particulier

Digitized by Google

de la sclérodermie généralisée progressive, l'auteur admet un processus systématiquement métamérique, se faisant de proche en proche, sur toute la hauteur de l'axe, en commençant par les métamères spéciaux des membres. Cependant il n'admet pas que la sclérodermie progressive d'emblée soit toujours d'origine spinale ; elle peut aussi résulter d'une affection du grand sympathique. Mais comme les racines des sympathiques se répartissent tout aussi bien que les racines médullaires dans des étages spinaux distincts, c'est par des altérations limitées à des troncs métamériques périphériques que la maladie devra nécessairement se produire. Il y a même de fortes probabilités pour que l'affection soit le fait d'une lésion des racines ou des origines spinales du grand sympathique. Cette opinion s'appuie sur diverses considérations : 1° l'existence d'atrophies musculaires localisées, résultant non d'une induration sclé-reuse, mais d'une atrophie spéciale sans induration et très précoce, que l'auteur attribue à une insuffisance de nutrition d'origine circulatoire, atrophie par ischémie résultant de troubles vaso-moteurs ; 2° Les relations de la sclérodermie avec les lésions du corps thyroïde. Ces relations sont variables ; ce n'est pas toujours une atrophie thyroïdienne qui se produit au cours d'une sclérodermie, c'est quelquefois une hypertrophie ; en outre quelquefois cette hypertrophie se complique du syndrome de Basedow, qui peut aussi dans certains cas être le premier en date. Quelques auteurs ont même admis que la sclérodermie est entièrement subordonnée à une lésion thyroïdienne primitive. Selon Brissaud, dans ces cas l'ordre de succession des phénomènes propres à la sclérodermie et à l'affection thyroïdienne importe peu, et la nature même de la lésion du corps thyroïde est de nulle valeur. Ce qui est certain, c'est que cette lésion est étroitement liée à des troubles de la circulation thyroïdienne, commandés eux-mêmes par une altération organique ou fonctionnelle du troisième ganglion sympathique cervical. Du reste le traitement thyroïdien est sans influence sur la sclérodermie qui accompagne la maladie de Basedow.

Le grand sympathique peut être intéressé primitivement ; il peut l'être secondairement comme cela est évident dans plusieurs cas, sclérodermie consécutive à un traumatisme crânien, à certaines encéphalopathies et myélopathies, syringomyélie, etc... Diverses infections peuvent causer la sclérodermie, mais en agissant sur le sympathique, et Brissaud conclut que toute sclérodermie relève d'une affection primordiale du système du grand sympathique.

F. BALZER.

PUIFFE DE MAGONDEAU. Contribution à l'étude de la leucokératose vulvo-vaginale (*Thèse de Paris, 1897*).

La leucokératose, fréquente à la région bucco-linguale, se rencontre aussi sur la muqueuse vulvo-vaginale. Elle donne fréquemment naissance au cancroïde. Il est impossible de dire si le cancroïde est un processus surajouté ou seulement un mode particulier du processus initial. Cette dernière opinion devient de plus en plus probable ; anatomiquement et cliniquement, la transition entre les deux affections est insensible. Il semble démontré que la transformation épithéliomateuse n'exige pas une modification essentielle du processus de la leucokératose ; dans l'état

Digitized by Google

actuel de la science, il est aussi légitime de faire de l'épithélioma une phase de la leucokératose que d'en faire une complication de cette dernière. L'exérèse doit être pratiquée pour peu que la plaque leucokératosique semble dévier un peu de son type le plus simple. F. BALZER.

V. MIBELLI. Die Ätiologie und die Varietäten der Keratose (*Monats. f. prakt. Derm., XXIV, n°s 7 et 8*).

Les hyperkératoses peuvent être considérées tantôt comme de véritables maladies, tantôt comme de simples phénomènes morbides; il peut ne s'agir que d'une difformité, comme dans les cas où elles se présentent sous l'aspect d'un nævus; d'autres fois, elles ne sont qu'une modification physiologique de l'épiderme appropriée à la protection de l'organe cutané; il en est ainsi dans les kératoses professionnelles.

L'hyperkératose peut être une maladie ou un symptôme provoqué tantôt par une simple irritation mécanique physique ou chimique, tantôt par l'action de toxines d'origine interne ou externe; ces mécanismes souvent interviennent concurremment; l'hyperkératose symptôme peut se rencontrer dans les états morbides les plus divers depuis les affections parasitaires, telles que les dermatomycoses et la gale norvégienne jusqu'aux néoplasies.

Il résulte de l'étude étiologique, histologique et séméiologique de ces affections que les interprétations différentes qu'en ont données les auteurs ne peuvent s'appliquer à leur ensemble, mais renferment chacune une part de vérité.

L'existence de kératoses de nature infectieuse ou toxique, comme par exemple les syphilides et les kératoses arsénicales, s'interprètent, comme le veut Tommasoli, par l'hypothèse de conditions organiques spéciales et particulièrement d'auto-intoxications.

Les troubles dans les fonctions d'excrétion et de sécrétion des glandes cutanées ainsi que les inflammations ou les troubles de circulation prolongés dans la peau amènent des anomalies de kératinisation qui peuvent aboutir à la production de véritables kératoses.

On voit par ces données que les hyperkératoses peuvent se produire dans les conditions et sous les influences les plus diverses : il est possible cependant que leur cause prochaine soit des plus simples et se trouve mise en jeu par ces diverses influences étiologiques.

H. HALLOPEAU.

L. PERRIN. Kontagiosität und Uebertragbarkeit des Eczema seborrhœic des Leistentengegend (*Monats. f. prakt. Derm., XIII, n° 10*).

Il s'agit d'un groupe de cinq individus qui vivaient ensemble et présentaient tous les cinq les altérations caractéristiques de cet eczéma séborréique inguinal; il n'est pas douteux que chez ces sujets la maladie n'ait été transmise par contagion. H. H.

LEISTIKOW. Ueber Salicylsäureseifenflattermull (*Monats. f. prakt. Derm., XIII, n° 9*).

L'action parasiticide et réductrice de cet emplâtre à l'acide salicylique

Digitized by Google

et au savon a été utilisée par l'auteur dans les kératomes, les eczémas kératoïdes, les plaques invétérées de psoriasis, les plaques dures de lichen plan, les verrues, nævi, cornes cutanées, dans toutes les formes de sycosis coccogènes, dans l'acné rosacée. H. HALLOPEAU.

GAUCHER. Traitement de l'eczéma par l'acide picrique (*Soc. méd. des hôp., 21 mai 1897*).

Gaucher emploie l'acide picrique pour l'eczéma aigu et toutes les poussées aiguës d'eczéma ; il se sert d'une solution aqueuse au centième; badigeonne les parties malades et applique par-dessus une couche d'ouate ; il laisse le pansement deux jours en place ; il le renouvelle de deux jours l'un jusqu'à la guérison, qui ne tarde pas. H. L.

LEREDDE. Note sur le traitement de l'eczéma (*Annales de derm., VIII, p. 664, 1897*).

L'auteur a obtenu de bons résultats dans les eczémas aigus et les dermatites artificielles avec l'emploi de compresses de solution d'acide picrique à saturation. Pour l'eczéma chronique, il recommande le traitement suivant : application du caoutchouc, après asepsie préalable; au bout de 2 heures, badigeonnage avec la solution de nitrate d'argent à 1/40; nouvelle application du caoutchouc après dessiccation suivie de l'application de nitrate d'argent et ainsi de suite. Lorsqu'il se produit un peu de réaction inflammatoire, il suffit d'attendre 48 heures pour un nouveau badigeonnage. F. BALZER.

I. — W. MACLENNAN. Picric acid as a therapeutic agent (*Ibid., p. 1826, 26 déc. 1896*).

II. — H. WALDO. Picric acid in eczema (*Brit. med. Journ., p. 331, 6 fév. 1897*).

I. — Les indications thérapeutiques de la solution concentrée d'acide picrique sont d'abord les brûlures superficielles de la peau; puis les eczémas aigus et prurigineux des enfants, qui sont rapidement soulagés; l'érysipèle de la face et généralement toutes les dermites douloureuses.

A l'intérieur, on l'a administré dans la fièvre intermittente et surtout dans les diarrhées chroniques, à titre de désinfectant intestinal. Son seul inconvénient est de déterminer une teinte ictérique des téguments.

II. — L'acide picrique, très employé contre l'eczéma, passe pour être sans danger ; c'est l'enseignement de Maclennan. L'auteur, dans un cas d'eczéma des bras et des jambes, où les applications d'acide picrique étaient faites matin et soir, a vu survenir d'assez graves accidents à partir du 10e jour : prostration, urine noire et rare, bref tous les symptômes de l'empoisonnement par l'acide phénique. L'acide picrique, on se le rappelle, est l'acide carbazotique et appartient à la série phéniquée.

H. RENDU.

Digitized by Google

Isidore BERNARD. Contribution à l'étude du syringo-cystadénome (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur rapporte une intéressante observation de cette affection recueillie sur une jeune fille dans le service de Brocq. Cette affection cutanée, dite aussi cystadénome épithélial bénin, doit être considérée comme une variété de nævus, qui se développe lentement aux dépens de débris erratiques de l'épiderme, et qui peut prédominer au tronc, au cou et au visage. Il se produit sous une influence inconnue, au moment de la puberté, sans réaction inflammatoire et sans symptôme douloureux. Histologiquement il semble y avoir une transition insensible entre l'adénome sudoripare et l'adénome sébacé ; ils rentreraient tous les deux dans le groupe des adénomes épithéliaux bénins. Le meilleur traitement est l'électrolyse, avec l'aiguille négative, en procédant lentement avec des destructions de tissus peu étendues à chaque séance. On obtient ainsi des réductions graduelles de lésions sans cicatrices vicieuses ni chéloïdes.

F. BALZER.

FILLION. Recherche sur la trame connective dans les épithéliomes de la peau (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans ces tumeurs, l'épithélium et la trame exercent l'un sur l'autre une influence variable ; le derme et l'hypoderme forment la première trame de l'épithélium cutané naissant. Le premier effet des masses épithéliales encore contenues dans les culs-de-sac glandulaires est de refouler la trame et d'y déterminer l'apparition de cellules embryonnaires. L'auteur admet que les fibres conjonctives proviennent d'une suite de sécrétions des cellules fibro-plastiques plutôt que de la division directe du protoplasma de ces cellules ; le tissu élastique serait une transformation du protoplasma des cellules conjonctives fixes ou embryonnaires. Dans l'épithélium calcifié, la trame se condense et l'os peut y apparaître. L'épithéliome intra glandulaire ne pénètre pas facilement dans la peau, grâce à la membrane conjonctive de la peau qui assure à la tumeur une bénignité temporaire. L'épithéliome polimorphe se rencontre aussi dans la peau et est assez bénin à cause des réactions de la trame sur l'épithélium ; dans cette variété, la trame est aussi polymorphe et peut contenir les tissus conjonctif, élastique, muqueux, cartilagineux et osseux. Assez souvent la trame en s'épaississant enkyste l'épithéliome et protège la peau. La sclérose des vaisseaux est commune dans la trame des épithéliomes cutanés.

F. BALZER.

COLOMBINI. Pentosurie und Xanthoma diabeticorum (*Monats. f. prakt. Derm., XXIV, n° 3*).

Salkowski et Jastrowitz ont signalé la présence, dans l'urine, d'une variété de glycose à laquelle ils ont donné le nom de pentaglycose ; Fischer lui a substitué celui de pentose. L'auteur a constaté la coexistence d'une pentosurie et de xanthomes ; c'est la première fois que l'on voit cette dermatose être en relation avec l'élimination par l'urine d'un sucre différent du glycose.

H. H.

Digitized by Google

BALZER et GRIFFON. Erythrodermie exfoliante au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 732*, *1897*).

Les auteurs ont observé des accidents d'intolérance pour l'acide cacodylique chez deux malades. L'un âgé de 68 ans, hémiplégique, ayant un peu de sucre dans l'urine, était depuis 4 jours à la dose de 50 centigrammes d'acide cacodylique par jour, lorsqu'il tomba dans un état d'assoupissement avec température de 39°; en même temps, développement rapide d'une érythrodermie générale avec épaississement de la peau. Les accidents un peu alarmants cessent rapidement et l'érythème est suivi d'une desquamation abondante en larges lambeaux d'épiderme. Le second malade, atteint de psoriasis était à la dose de 50 centigrammes d'acide cacodylique depuis 5 jours, lorsque l'érythrodermie se développa chez lui avec la plus grande intensité avec une température de 38° 5. En quelques jours elle cède avec une desquamation de l'épiderme en larges lambeaux. Ce malade avait eu la fièvre paludéenne. La cause de ces accidents semble devoir être cherchée dans l'état général des malades et bien que l'acide cacodylique soit une préparation très bien tolérée, il faut le manier avec prudence quand on est en présence d'états pouvant amener une intolérance des médicaments. F. BALZER.

HALLOPEAU et WEIL. Nævi systématisés métamériques (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 483*, *1897*).

Dans un cas de nævi systématisé déjà étudié par Gastou et dont ils reprennent l'étude, les auteurs font remarquer que certains de ces nævi occupent des territoires métamériques, notamment un nævus abdominal. Il en serait probablement de même pour les nœvi du bras, du périnée et du scrotum, bien qu'on ne puisse être aussi affirmatif sous ce rapport. Il est rationnel de chercher l'explication des malformations congénitales de ce genre dans un trouble de développement embryologique. Déjà Virchow justifiait la fréquence des angiomes à la face et au crâne en invoquant la vraisemblance d'un trouble survenu dans l'évolution des arcs branchiaux.

F. BALZER.

MENEAU. Engelures séniles chroniques (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 502*, *1897*).

Les engelures séniles se distinguent des engelures juvéniles par leur plus grande chronicité; elles ne disparaissent pas complètement en été. Elles s'accompagnent d'abcès dermiques très douloureux et placés ordinairement à l'extrémité des doigts. On constate aussi des altérations diffuses et permanentes de la peau, et notamment des déformations des ongles, qui manquent dans les engelures juvéniles les plus étendues et les plus tenaces. L'engelure juvénile n'est jamais aussi diffuse que la forme sénile. L'athérome joint à des troubles nerveux paraît avoir une grande influence pathogénique. F. BALZER.

SECCHI. Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloidakne (*Monats. f. prakt. Derm.*, *XXIII*, *n° 10*).

L'auteur a constaté dans l'acné chéloïdienne le champignon que San-

Digitized by Google

felice a découvert dans les tumeurs malignes ; c'est une variété de blastomycètes qu'il nomme saccharomycètes; ce même champignon ayant été rencontré dans des sarcomes, dans la moelle et le cerveau de sujets morts de la rage, dans des fausses membranes diphtériques, il est bien probable qu'il s'agit là d'un parasite banal. H. HALLOPEAU.

BERLINER. Morbus Basedowii und totale Alopecie (*Monats. f. prakt. Derm., XIII, n° 11*).

L'auteur signale cinq cas semblables dont l'un lui est personnel ; il en conclut que l'agent toxique sécrété par le corps thyroïde peut troubler la nutrition des bulbes pileux et amener ainsi la calvitie en même temps qu'il donne lieu aux autres symptômes qui caractérisent cette maladie.

H. HALLOPEAU.

GUICCIARDI. Contribution à l'étiologie du purpura hemorragica (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXII, p. 220, 1897*).

Dans un cas de purpura hemorragica, l'auteur a isolé le staphylococcus pyogenes albus, sans pouvoir toutefois obtenir des accidents sur les animaux en leur injectant le microbe isolé. F. BALZER.

DE GOUVEA. Étude clinique sur les manifestations oculaires de la lèpre (*Bull. Acad. de méd., 2 fév. 1897*).

La paralysie de l'orbiculaire paraît jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces altérations ; elle est constamment consécutive à des lésions de la conjonctive palpébrale ; il s'agit vraisemblablement d'autoinoculation.

La paralysie peut être due à l'invasion du muscle orbiculaire ou de ses filets moteurs par les bacilles. On peut enrayer le développement consécutif des altérations oculaires en pratiquant une blépharoraphie prophylactique aussi étendue que possible et répartie entre les deux angles de la fente oculo-palpébrale. LEFLAIVE.

AUDRY. Sur un cas de lèpre : étude histologique des lépromes (*Ann. de derm., VIII, p. 778, 1897*).

A propos d'un cas de lèpre mixte nerveuse et tuberculeuse d'emblée, l'auteur a étudié deux lépromes enlevés par biopsie. Il insiste sur la faible action exercée par le bacille sur le tissu conjonctif et surtout sur les formations spécifiques décrites sous le nom de cellules lépreuses par Virchow. Pour Audry, ce sont des sortes de thèques. Avec Unna il les considère comme des blocs de bacilles : ceux-ci prolifèrent et s'amassent dans le tissu conjonctif en groupes compacts. Ils sont reliés par la matière grasse qui les enveloppe et fait partie de leur structure ; ainsi se forment ces thèques lépreuses intra-conjontives, véritables nids exo-cellulaires.

F. BALZER.

Digitized by Google

Karl GROSSMANN. On the causation of leprosy and the extent of its occurence in Europe (*Brit. med. Journ., p. 1631, 5 déc. 1896*).

L'auteur signale la grande fréquence de la lèpre et des ophtalmies qui en sont la conséquence en Islande, pays où se donnent rendez-vous des milliers de pêcheurs anglais et français. C'est là une cause de dissémination et d'extension de la lèpre, aggravée par les conditions hygiéniques déplorables du pays et le défaut complet des habitations. Grossmann rappelle qu'en Europe, nombreux sont encore les foyers de la lèpre : la Norwège, la Prusse orientale, la Finlande, la Bretagne, la rivière de Gênes, l'archipel grec et la Crète, etc. Il y a donc un danger permanent qui nécessite le retour à des léproseries pour circonscrire et éteindre la maladie. H. RENDU.

FILETTI et LA MENSA. Le sérum de Maragliano dans le traitement de la tuberculose de la peau (*Giornale ital. delle mal. vener., XXXII, p. 89*).

Les auteurs concluent de leurs essais à l'inefficacité absolue du sérum de Maragliano dans le traitement des affections tuberculeuses de la peau. Dans un seul cas où la lésion cutanée s'accompagnait de purpura, les injections de sérum ont paru avoir quelque action. F. BALZER.

L. BUTTE. De l'emploi du permanganate de potasse dans le lupus (*Ann. de la policlin. de Paris, janv. 1897*).

Butte recommande de traiter les lupus par des applications de solution de permanganate de potasse, en commençant par 1/200, puis 1/100, puis 2/100. Les applications sont quotidiennes et durent un quart d'heure. Au bout d'une quinzaine, les nodules lupeux sont atrophiés, recouverts d'une croûte noirâtre, et pratiquement détruits. Ce moyen ne laisse pas d'être assez douloureux, mais la douleur peut être atténuée par des applications de cocaïne. H. R.

MOREL-LAVALLÉE. Des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les éruptions pathogéniques (*Ann. de derm., VIII, p. 769, 1897*).

L'auteur fait remarquer d'abord que les phénomènes d'intolérance peuvent être parfois irrégulièrement tardifs. Une intolérance médicamenteuse idiosyncrasique ne donne pas au complet les phénomènes réactionnels de l'intoxication par la substance incriminée. L'intolérance de l'organisme pour une substance ne se produit pas nécessairement pour les substances du même ordre. Elle peut n'être que relative, diminuer ou même disparaître, lorsqu'on varie soit la combinaison chimique du corps employé, soit son mode d'administration. Enfin dans certains cas la susceptibilité d'un organe prédisposé accidentellement à l'intolérance ne suffit pas forcément pour contre-indiquer l'emploi du remède proposé, lorsqu'il est indispensable. L'auteur cite à ce point de vue un cas de stomatite ulcéro-membraneuse malgré laquelle il a pu prescrire sans inconvénient le mercure. F. BALZER.

Digitized by Google

MOUTARD-MARTIN. Pigmentation bleue chez une morphinomane névropathe et syphilitique : examen histologique de la peau (*Soc. méd. des hôp., 28 mai 1897*).

Une femme de 35 ans se fait des injections de morphine depuis 8 ans, et présente des phénomènes d'intoxication depuis 6 ans (crampes dans les mollets, faiblesse générale, vomissements, etc) ; il y a 4 ans, elle a contracté la syphilis. A son entrée on constate : 1° des lésions syphilitiques, cicatrices jambonnées sur tout le tronc, et 2 ulcérations à l'anus ; 2° des taches bleues, qui n'auraient débuté que depuis 3 mois ; elles ont une couleur bleue, parfois claire, qui rappelle le tatouage, commencent à huit travers de doigt au-dessus des malléoles, remontent jusqu'aux cuisses, sont surtout nombreuses devant le trochanter, et sur le ventre jusqu'au niveau des reins. Il n'y en a pas sur le dos, ni sur la paroi postérieure des cuisses et des jambes. Sur les membres inférieurs elles sont ovales ; sur le ventre elles sont souvent linéaires ; la plupart laissent voir au centre une petite cicatrice blanche. Au niveau des taches sensibilité atténuée.

L'auteur signale la localisation de ces taches bleues en des points facilement accessibles à la seringue, et les attribue aux piqûres de morphine ; il n'a pu voir ni la seringue ni la solution ; l'examen biopsique de la peau montre dans la tunique des petits vaisseaux des grains noirs, ne présentant pas les réactions des pigments sanguins, ni de débris métalliques ; il semble que ce ne sont que des grains de charbon ; d'autre part la peau présente une atrophie considérable avec dégénérescence vacuolaire, atrophie et disparition des glandes et des poils, condensation du tissu conjonctif sous-cutané. H. L.

UNNA. Sur les parablastes (*Monats. f. prakt. Derm., XXIV, n° 7*).

On nomme ainsi des emplâtres préparés par Troplowitz, dans lesquels le caoutchouc est substitué à la gutta-percha ; ils ont l'avantage de pouvoir être employés en feuilles très minces, de pouvoir simuler l'aspect de la peau saine, d'être résistants, de ne laisser aucun résidu sur la peau quand on l'enlève, de pouvoir servir à l'incorporation de zinc, de mercure, de l'acide pyrogallique, de l'ichtyol et de la chrysarobine ; ils peuvent ainsi être employés dans le traitement de l'eczéma, du psoriasis, de la syphilis et des syphilides, des furoncles et des tumeurs glandulaires.

H. HALLOPEAU.

TARASSÉVITCH. Contagiosité syphilitique tardive ; contagiosité tertiaire (*Thèse de Paris, 1897*).

Il faut admettre la contagiosité des accidents secondaires même les plus tardifs ; l'auteur cite un cas de contagion réalisée au bout de 18 ans. On a relevé des observations d'éruptions érythémateusss et papuleuses après 23 et même 29 ans. Les syphilis bénignes, mais avec récidives fréquentes, restent le plus longtemps virulentes et peuvent donner naissance à des syphilis graves. Dans certains cas, les manifestations tertiaires peuvent contagionner, on en cite des cas 14 et 21 ans après le chancre.

Certainement les lésions tertiaires sont moins dangereuses que le chancre ou les accidents secondaires, mais sans que nous sachions pourquoi, cette virulence peut parfois être suffisante pour donner lieu à la

Digitized by Google

contagion. Dans le cas de contagion syphilitique tardive il s'agit presque toujours de syphilis familiale. Le mari est presque toujours l'agent de la contagion. Celle-ci est ordinairement génitale, mais fréquemment aussi buccale, à mesure que l'on s'éloigne du début de la syphilis, d'où l'indication de la suppression du tabac et la nécessité constante de soins minutieux de la bouche chez les syphilitiques mariés. F. BALZER.

WALLET. De la nécrose syphilitique du crâne (*Thèse de Paris, 1897*).

La nécrose du crâne d'origine syphilitique est plus commune chez la femme que chez l'homme; elle atteint ordinairement le frontal. Pendant longtemps l'encéphale ne s'enflamme pas, et tout se borne au contact du pus et d'un séquestre à de la pachyméningite externe. Dans le cas de séquestre sans accident, on attendra sa mobilité pour l'ablation, mais il faut intervenir s'il y a de la suppuration ou des accidents de compression. On enlève le moins d'os possible avec la gouge et le maillet ou la pince-gouge de préférence au trépan. On enlève les lésions circonscrites sous-jacentes. Dans le cas de troubles cérébraux sans altération osseuse apparente, si au bout de deux mois le traitement spécifique n'a produit aucune amélioration notable et s'il existe une épilepsie partielle ou des troubles indiquant une lésion localisée, il faut ouvrir le crâne pour aller à la recherche de la lésion endo-crânienne; une poussée d'encéphalite aiguë est la seule contre-indication de l'opération. F. BALZER.

SCHWANHARD. Contribution à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique (*Thèse de Paris, 1897*).

Cette forme doit être distinguée de la méningo-myélite chronique syphilitique, bien qu'elle lui reste unie par la plupart des symptômes, rachialgie, exagération des réflexes, trépidation spinale, démarche spasmodique, etc... Mais elle peut en imposer pour le tabes à cause de ses douleurs fulgurantes ou lancinantes, le myosis, le signe de Romberg, quelquefois une tendance à la démarche ataxique. Ces symptômes permettent de différencier cette forme qu'il ne faut pas non plus confondre avec l'ataxie locomotrice. Le traitement spécifique a ordinairement une heureuse influence. F. BALZER.

PIATOT et CESTAN. Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyélique d'origine syphilitique (*Ann. de derm., VIII, p. 718, 1897*).

Femme de 28 ans, a contracté la syphilis en 1894, entre à l'hôpital avec une paralysie flasque, avec hyperesthésie du membre inférieur droit, et anesthésie par la douleur et la chaleur de la jambe gauche; les troubles sensitifs sont limités par une ligne horizontale passant au-dessus de l'ombilic. Incontinence d'urine. Malgré le traitement l'état s'aggrave, le réflexe rotulien disparaît complètement du côté droit et la malade succombe quatre jours après son entrée.

L'autopsie montre une méningo-myélite syphilitique; la lésion a commencé au niveau de la région dorsale supérieure par la pie-mère en intéressant surtout les vaisseaux antérieurs et les vaisseaux latéraux du côté gauche.

Digitized by Google

L'infiltration a gagné peu à peu la moelle en suivant les tractus pie-mériens, en altérant le faisceau latéral et la corne postérieure droite; le faisceau antérieur et la corne motrice gauche. Les deux zones se sont réunies au niveau du canal épendymaire. réalisant une hémisection de la moelle; la mort de la malade a mis fin au processus. La lésion du cordon antérieur gauche a pu contribuer au syndrome clinique en détruisant le faisceau moteur direct gauche ; mais l'autre lésion permet d'expliquer le syndrome observé, la paralysie motrice droite relevant de l'altération du faisceau croisé droit, la dissociation syringomyélique gauche de l'altération de la corne postérieure droite. La pureté du syndrome faisait soupçonner une gomme circonscrite; mais l'histologie a montré une lésion systématisée importante. F. BALZER.

L.-J. BRASLAWSKI. Lésions des ganglions automatiques du cœur dans la syphilis (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

Les ganglions cardiaques subissent, dans la syphilis secondaire tardive et dans la syphilis tertiaire, des lésions analogues à celles qu'on observe dans les autres organes. Les plus importantes sont les lésions insterstitielles qui portent sur la trame ganglionnaire (infiltration des cellules rondes et fusiformes) et sur les capsules des cellules ganglionnaires (épaississement).

L'épaississement de la capsule amène une diminution, voire une disparition de la cavité. Les cellules qui infiltrent la trame et les capsules subissent les mêmes évolutions que dans le tissu connectif jeune, à savoir, elles peuvent former du tissu fibreux pauvre en cellules. Dans les ganglions, on trouve les lésions caractéristiques de la syphilis; dans les vaisseaux : dégénérescence amyloïde et hyaline. Enfin, on peut y trouver des lésions rétrogrades des cellules comme conséquence de l'épaississement des capsules et des troubles vasculaires ou même primitivement, par action directe sur les cellules ganglionnaires du virus syphilitique. H. FRENKEL.

MILON. Contribution à l'étude de l'ictère chez le nouveau-né syphilitique (*Thèse de Paris, 1897*).

Contrairement à l'opinion admise depuis Gubler, l'ictère doit être considéré comme un symptôme de la syphilis du nouveau-né. C'est un symptôme assez rare, mais non exceptionnel. L'ictère peut s'expliquer par les lésions spécifiques du foie, capables de provoquer la rétention biliaire. Mais des germes infectieux peuvent être mis en cause; l'auteur signale le proteus vulgaris d'Hauser dans un cas et dans un autre le coli-bacille. Ces germes pénètrent par la voie ombilicale. L'auteur en conclut à l'utilité de l'isolement des nouveau-nés syphilitiques atteints d'ictère.

F. BALZER.

LAURENT. Étude sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux (*Thèse de Paris, 1897*).

E..., âgé de 16 ans, atteint de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire, présente une éruption simulant la syphilide pigmentaire de la manière la plus

Digitized by Google

nette. Cette lésion a paru avant l'établissement de la cachexie; elle s'est généralisée et occupe la plus grande partie du corps. Aucun antécédent de syphilis; le malade a été suivi pendant 4 mois et demi. L'auteur conclut qu'il s'agit de tuberculose pigmentaire, analogue aux observations publiées par Fournier et Thibierge. F. BALZER.

BOYER. Étude sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis (*Thèse de Paris, 1897*).

La tuméfication des ganglions du médiastin s'observe quelquefois à la période secondaire de la syphilis; elle s'accompagne de toux et peut faire croire à la tuberculose. A la période tertiaire elle peut être confondue avec l'asthme. Dans les deux cas c'est encore le traitement qui constitue le meilleur moyen de diagnostic. F. BALZER.

FRALEU. Du pemphigus syphilitique chez le nouveau-né (*Thèse de Paris, 1897*).

Le pemphigus syphilitique se présente sous la forme de taches érythémato-papuleuses polymorphes, avant d'arriver à la bulle. Il se développe à la plante des pieds, mais il se peut montrer ailleurs, rarement au visage. Il peut exister *in utero*, dès la naissance, ou dans les huit premiers jours de la vie. Il se termine par ulcération ou par éruption du liquide. Sous la forme érythémato-papuleuse, il est suivi souvent de la formation de la collerette de Biett. Il peut être simulé par le pemphigus vaccinal, le pemphigus aigu, les syphiloïdes postérosives de Jacquet, l'érythème fessier. La forme bulbeuse du pemphigus indique ordinairement une cachexie avancée. F. BALZER.

LAPORTE. Étude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis (*Thèse de Paris, 1896*).

Suivant la pratique de Pinard, l'auteur recommande : 1° le traitement du père pendant six mois avant la fécondation; 2° le traitement de la mère pendant la grossesse. Il emploie l'iodhydrargyrate de potasse suivant la formule suivante : sirop simple, 300 grammes; bi-iodure Hg, 0 gr, 10; K I, 10 grammes; une cuillerée à chaque repas. F. BALZER.

SIBUT. Du traitement du syphilome primitif et son influence sur le développement ultérieur de la maladie (*Thèse de Paris, 1897*).

La destruction du chancre a donné des succès dans 5 0/0 des cas environ; de plus, bien souvent, les accidents ont été atténués de telle façon, que des observateurs minutieux ont pu de longues années croire à une guérison absolue. Le chancre âgé de plus de 10 à 12 jours ne doit plus être excisé. En cas de succès apparent après l'excison, il faut revoir souvent les malades et les traiter par le mercure dès que les accidents paraissent. F. BALZER.

Digitized by Google

COLOMBINI et SIMONELLI. L'iodure de sodium peut-il remplacer l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis? (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, *XXXII*, *p. 191*, *1897*).

Administré dès le début de la syphilis avant tout autre remède, au moment où la maladie fait diminuer les globules rouges et l'hémoglobine, l'iodure de sodium n'a aucune influence pour relever leur chiffre. Cet iodure ne relève pas le chiffre des globules rouges pendant le traitement, comme le fait l'iodure de potassium, où seulement vers la fin du traitement. Sous l'influence de l'iodure de sodium les globules blancs semblent augmenter plutôt que diminuer. Les auteurs admettent que l'iodure de potassium a une action supérieure, due non seulement à l'iode, mais aussi à la base. F. BALZER.

LEISTIKOW. Ueber Iodvasogen als Ersatz für den inneren Gebrauch der Jodsalze (*Monats. f. prakt. Derm.*, *XXIII*, *n° 12*).

L'auteur a employé l'huile de vaseline additionnée de 6 0/0 d'iode en frictions prolongées pendant 10 minutes ; il en a obtenu de bons résultats dans différents cas de syphilomes tertiaires, sans aucun phénomène d'iodisme. H. HALLOPEAU.

MAJOCCHI. Ueber die Anwendung des Iodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten (Sur l'emploi de l'emplâtre à l'iodol dans quelques maladies syphilitiques) (*Monats. f. prakt. Derm.*, *XXIX*, *n°s 9 et 10*).

L'auteur a obtenu de bons résultats de l'application de cet emplâtre à l'iodol, surtout dans les adénites et les périadénites, ainsi que dans les orchites. Dans les cas aigus, cet emplâtre apaise la douleur, il ne produit pas la macération de l'épiderme; on peut le laisser en place pendant longtemps sans provoquer d'eczéma ni de dermatite exfoliatrice; il est très adhérent. Il fait disparaître rapidement les phénomènes inflammatoires; il favorise la résorption des exsudats. H. HALLOPEAU.

VARET. Recherches sur le rôle des sels doubles dans les transformations des sels de mercure dans l'organisme (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'acide chlorhydrique et les chlorures de l'organisme transforment les acétates, benzoates, picrates, azotates, sulfates de mercure en chlorures mercureux ou mercuriques suivant la nature du sel de mercure employé. Les deux oxydes de mercure subissent la même transformation et sont tous les deux amenés à l'état de chloromercurates de potassium, de sodium, d'ammonium, etc. Les chlorures en solutions étendues n'auraient pas d'action notable à froid sur les bromures, cyanures et iodures de mercure. L'acide chlorhydrique seul en liqueur étendue n'agit pas sur le cyanure de mercure; en présence des chlorures dans l'estomac cet acide met en liberté une certaine quantité d'acide cyanhydrique et il y a formation d'une dose équivalente de sublimé. Il résulte de là que les for-

Digitized by Google

mules proposées pour les injections sous-cutanées, de benzoate de mercure solubilisé à l'aide du chlorure de sodium, ne contiennent pas trace de benzoate de mercure; elles renferment du sublimé, du chlorure et du benzoate de sodium, et c'est sous cette forme qu'il conviendrait de prescrire la solution à injecter.

Les bromures agissent comme les chlorures. Les iodures transforment tous les sels de mercure en iodures, sauf le cyanure en liqueur neutre. Il se fait dans ce cas un iodocyanure qui renferme la moitié de son mercure combiné à l'iode et l'autre moitié au cyanogène. En liqueur acide un excès d'acide amène tout le mercure à l'état d'iodure. Un excès d'iodure amène tous les sels de mercure à l'état d'iodomercurates, à l'exception du cyanure. F. BALZER.

GIOVANNI. Nuovi tentativi di sieroterapia della sifilide mercè il siero idropico di un sifilitico terziario (*Giorn. ital. delle mal vener., XXXII, p. 181, 1897*).

L'auteur a employé le sérum d'une ascite consécutive à une cirrhose hépatique chez un sujet syphilitique tertiaire. Le sérum était recueilli dans des tubes scellés tous les quatre jours et conservé dans un endroit froid. Les injections ont été faites à sept malades dans les muscles de la fesse. La quantité totale employée pour chaque malade a oscillé entre 68 et 350 c. cubes; chaque injection était de 0,04 à 0,16 c. cubes. Peu d'action sur les manifestations extérieures de la syphilis, mais seulement des effets favorables sur les symptômes généraux. Toutefois, l'auteur a noté divers phénomènes tels que céphalée, vertiges et même dans un cas convulsions. Il a vu disparaître dans un cas des engorgements ganglionnaires volumineux. En général les symptômes généraux de la syphilis se sont amendés rapidement et proportionnellement aux doses injectées. L'auteur ajoute que les effets du sérum ont été passagers ; de nouvelles manifestations de la syphilis se déclarèrent chez les sujets dans l'année qui suivit les injections. F. BALZER.

MUELLER-KANNBERG. Zur Serumtherapie der Syphilis (*Archiv für Derm., XXXV, p. 189*).

L'auteur a traité 12 malades par les injections de sérum de cheval. Les injections n'ont pas influencé notablement les symptômes de la syphilis; elles ont causé plusieurs fois des éruptions d'urticaire qui obligeaient d'interrompre le traitement. Celui-ci, repris avec les injections de sublimé ou de calomel, réussissait rapidement. F. BALZER.

BOECK. Behandlung recenter Syphilis mit tertiär-syphilitischen Serum (*Archiv f. Derm., XXXV, p. 387*).

L'auteur a employé pour ses injections le sérum d'une hydrocèle syphilitique recueilli sur un sujet atteint d'une syphilis datant de 6 ans. Le liquide de l'hydrocèle a été employé dans 6 cas, avant l'apparition des accidents secondaires et dans 1 cas après l'apparition de la roséole. Les injections étaient quotidiennes, de 3 à 4 grammes en moyenne ; le dosage

Digitized by Google

total a varié de 32 à 300 grammes. L'auteur a observé des effets de résolution rapide sur le chancre, l'amélioration de l'état général, le retard de la période secondaire. Il résulte des expériences de l'auteur que ce sérum est plus actif que celui qu'on recueille pendant la période secondaire. Mais tous deux agissent moins bien que le mercure et l'iode, bien que l'auteur préfère agir ainsi à l'aide des antitoxines. F. BALZER.

COLOMBINI. Pathogénie du bubon vénérien (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 135, 1897*).

Les recherches de l'auteur ont été faites sur 52 bubons incisés et pansés à l'aide de l'occlusion antiseptique et sur 18 bubons ouverts depuis un temps plus ou moins long, et sur deux bubons excisés avant la suppuration. L'examen du pus, son inoculation, montrent dans certains cas la présence du bacille de Ducrey au moment de son ouverture, dans d'autres la disparition de ce bacille dans les jours qui suivent l'ouverture du bubon ; dans d'autres enfin on ne trouve aucun microbe ni au moment de l'ouverture, ni après. La présence du bacille de Ducrey ne suffit pas pour faire préjuger de l'évolution simple ou ulcéreuse d'un bubon; même avec ce bacille il pourra évoluer sans devenir ulcéreux. Les recherches de l'auteur montrent que ni les microbes pyogènes, ni les produits toxiques du bacille de l'ulcère vénérien, ne peuvent être mis en cause pour la formation du bubon. Celui-ci est toujours primitivement virulent et produit par le bacille de l'ulcère vénérien que l'on trouve dans les bubons excisés avant la formation du foyer purulent, comme dans les bubons suppurés. Si le pus paraît quelquefois stérile au moment de l'ouverture du bubon, c'est que le microbe existe non dans le pus, mais dans la paroi du foyer purulent. Les cas dans lesquels le bubon vénérien ne contient aucun microbe sont ceux dans lesquels le microbe de l'ulcère a accompli son évolution et perdu sa virulence au moment de l'examen.

F. BALZER.

CHAUFFARD. Infection blennorragique grave avec productions cornées de la peau (*Soc. méd. des hôp., 23 avril. 1897*).

Un homme de 25 ans contracte, en 1891, une blennorragie compliquée d'arthropathies, d'orchite, d'ophtalmie double grave et de lésions cutanées : épaississement de l'épiderme à la plante des pieds, aux talons, desquamation en masse de ces croûtes cornées.

En décembre 1896 : nouvelle blennorragie compliquée d'arthropathies et d'ophtalmie double, puis d'orchite; vers le 10 janvier paraissent des productions cornées d'abord sur le gland, puis sur les cuisses, le dos et les pieds. Sur les cuisses on voit : 1° des plaques cornées jaunes, saillantes de plusieurs millimètres stratifiées en forme d'écaille, au-dessous épiderme rosé; 2° des petits cônes cornés, gros comme des grains de chènevis, recouvrant des élevures acuminées revêtues d'un épiderme intact.

Ces productions sont disposées symétriquement, et, tombées, n'ont pas de tendance à la récidive. L'urétrite avait été légère, cependant l'état général était grave ; la fièvre dura deux mois; la déperdition d'urée était énorme; il y eut de l'albuminurie et une poussée d'aortite. Chauffard admet que la lésion cutanée est liée à une virulence exaltée et cachectisante de l'infection gonococcique.

H. L.

Digitized by Google

ROBERT. Contribution à l'étude des troubles trophiques cutanés dans la blennorragie (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur rapporte les cinq observations publiées par divers auteurs d'hyperkératinisation affectant la forme de cornes ou de cônes et développés sous l'influence de la blennorragie. Dans ces cas, en même temps que les cornes cutanées ou même avant elles, il existait du rhumatisme blennorragique articulaire, ou une affection considérée comme de même nature, l'iritis. Ces cornes cutanées affectent de préférence les régions où les pressions sont le plus énergiques, face antérieure des genoux, face plantaire ou palmaire des extrémités. On peut les voir aussi sur tous les segments des membres et même sur le tronc, la face et le cuir chevelu (Vidal). Elles surviennent ordinairement vers le déclin du rhumatisme blennorragique (Jacquet), persistent pendant quelques semaines et disparaissent.

Elles doivent être considérées comme une altération d'ordre trophique, liée probablement à une lésion médullaire ou nerveuse ; ce sont des hyperkératoses liées à une dermite papillaire diffuse ou circonscrite.

F. BALZER.

STOYANTCHOFF. Contribution à l'étude des complications rénales dans la blennorragie aiguë (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail donne un bon exposé des deux formes d'albuminurie que l'on peut observer au cours de la blennorragie : 1° albuminurie par infection ascendante; 2° albuminurie par infection générale ou néphrite métastatique. Cette variété est plus rare que la première, l'auteur en rapporte une observation très nette.

A. C... âgé de 17 ans, entre à l'hôpital Ricord pour une blennorragie simple, sans complications, datant de 15 jours. Sept jours après son entrée, on constate une anasarque généralisée avec une énorme quantité d'albumine dans l'urine. Aucun signe de cystite. Le régime lacté fait disparaître progressivement l'anasarque et l'albuminurie. On traite ensuite le malade par les lavages au permanganate de potasse. Il sort de l'hôpital complètement guéri après deux mois de séjour.

F. BALZER.

MEJIA. Étude sur un cas de péritonite blennorragique (*Thèse de Paris 1897*).

Enfant âgée de 5 ans, apportée mourante à l'hôpital le 29 juillet 1896. Elle était malade depuis huit jours, et très gravement depuis cinq jours, avec tous les signes d'une péritonite aiguë. On constate à son entrée une vulvite intense. A l'autopsie on trouve une péritonite suppurée avec myo-salpingite. Le pus de la vulvite contient des gonocoques très nombreux; le pus du péritoine contient aussi des gonocoques, mais moins nombreux avec des coli-bacilles. La culture du pus du péritoine a démontré qu'il s'agissait bien du gonocoque. Il est probable que l'infection gonococcique a atteint le péritoine par l'intermédiaire des cavités utérine et salpingienne.

F. BALZER.

Digitized by Google

COLOMBINI. De l'albuminurie dans la blennorragie (*Giorn ital. d. mal. vener. XXXII, 3*).

L'auteur a examiné 372 malades et a constaté l'albuminurie chez 66 d'entre eux : sur 300 cas de blennorragie simple, il a constaté l'albuminurie 24 fois ; sur 72 cas de blennorragie avec épididymite, il a constaté l'albuminurie 42 fois ; soit 17,74 pour cent pour le chiffre total, 53,3 pour cent pour les cas de blennorragie compliquée d'épididymite, et 8 pour cent pour les blennorragies simples. Dans les 72 cas compliqués d'épididymite, celle-ci était bilatérale 10 fois, et sur ces 10 cas l'albuminurie fut constatée 8 fois. F. BALZER.

Edmond LÉVY. Des accidents nerveux au cours des arthropathies blennorragiques (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur appelle l'attention sur un syndrome caractérisé par une atrophie musculaire précédée par de la talalgie et se généralisant rapidement, déterminant en outre des troubles trophiques et une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée ; c'est la polynévrite blennorragique. Ces troubles surviennent chez les marcheurs, chez les gens qui se tiennent longtemps debout; la tare nerveuse ne paraît jouer aucun rôle dans cette localisation de l'infection blennorragique, les manifestations associées aux arthropathies ne sont pas des troubles réflexes, mais semblent tenir à une véritable localisation sur les nerfs périphériques. La réaction de dégénérescence se constate de bonne heure ; il faut agir énergiquement pour prévenir les raideurs articulaires et les rétractions fibro-tendineuses. Hirtz frictionne les parties douloureuses avec le mélange suivant : baume de Fioravanti, 200 gr. ; acide salicylique, 2 à 4 gr. Les courants continus peuvent rendre de grands services. F. BALZER.

E. BENNECKE. Zur Frage der Trippergelenke (*26e Congrès de chir. Berlin, avril 1897*).

B. a eu, dans le service de Kœnig (voy. *R. S. M.*, L, p. 219), 38 cas d'arthrite blennorragique, 15 hommes, 23 femmes, de 15 à 54 ans. L'arthrite portait 25 fois sur le genou, 10 fois le pied, 6 fois la hanche, 4 fois le poignet, 3 fois les doigts. B. admet les formes de Kœnig.

Le traitement a consisté dans l'immobilisation et la compression pour les cas légers ; la ponction et les injections phéniquées dans les cas graves. Trois fois il a fallu recourir à l'arthrotomie. A. C.

Siegmund WERNER. Beiträge zur Behandlung des Blennorrhœ (*Monats. f. prakt. Derm., XXIII, n° 3*).

L'auteur a employé un mode d'irrigation très analogue à celui de Janet, avec cette différence qu'il substitue à la solution de permanganate celle d'ichthyol, à la dose de 1 0/0, puis, au bout de 5 jours, de 2 0/0 ; les irrigations ne sont pratiquées qu'une fois par jour, vers midi ; matin et soir, on fait une simple injection avec la même solution à 0,50 0/0.

Digitized by Google

L'irrigateur est placé à une hauteur de 1m,70 ; le malade est assis ; l'injection sous cette pression distend l'urètre antérieur et parvient le plus souvent dans la vessie, dans près de la moitié des cas.

L'auteur a obtenu la guérison, par ce traitement, en une semaine, dans 55 0/0 des cas auxquels il l'a appliqué : il n'y a eu d'insuccès que dans un dixième des cas ; la guérison complète a été observée dans 95 0/0 des cas d'urétrite antérieure et dans 85,5 0/0 des cas d'urétrite postérieure ; ces résultats sont les plus satisfaisants qui aient jamais été obtenus.

H. HALLOPEAU.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

H. SURMONT et Léon DELVAL. Recherches chimiques et expérimentales sur la toxicité du genièvre (*Ann. d'hyg. publ., oct. 1896*).

Le genièvre est la liqueur de prédilection dans les centres industriels du Nord ; son titre alcoométrique de 47 à 49° peut être encore notablement abaissé par les manipulations des détaillants. Le genièvre contient de l'alcool vinique et très peu d'impuretés (moins de 1 pour mille). Sa toxicité varie d'un échantillon à l'autre, parce que la composition en varie beaucoup par les coupages. Les genièvres les plus dangereux sont ceux que l'on trouve dans les cafés de premier ordre, tandis que les moins toxiques se rencontrent dans les cabarets de bas étages. En somme, le genièvre, liqueur industrielle type, est une boisson bien moins toxique que la plupart des liqueurs dites naturelles et les accidents fréquemment signalés chez les consommateurs doivent être attribués à la quantité et non à la qualité du liquide absorbé. La toxicité du genièvre tient essentiellement à la proportion d'alcool éthylique qu'il contient ; les impuretés, ont un rôle toujours moins important.

Dans la lutte contre l'alcoolisme par le genièvre, le but que devrait poursuivre le législateur et l'hygiéniste est donc de restreindre l'usage de cette liqueur plutôt que d'en améliorer la qualité. J. B.

PAULY et BONNE. Étude sur un cas d'intoxication aiguë par l'absinthe (*Lyon méd., 25 juill. 1897*).

Homme de 30 ans, très sobre d'habitude, qui avale, dans un but de suicide, une bouteille (3/4 de litre) d'absinthe. Il tombe comme une masse et est apporté 4 heures après à l'hôpital, inerte, sans pouls. Lavage immédiat de l'estomac qui ramène de l'absinthe pure. Malgré les injections d'éther, de sérum, hypothermie progressive, stupeur, pâleur, abolition des réflexes, insensibilité des pupilles, mort au bout de 18 heures.

L'étude minutieuse des organes montre une gastrite desquamative aiguë

Digitized by Google

avec destruction complète des cellules principales; présence de pigment dans le foie et dans la rate; néphrite diffuse avec hémorragie glomérulaire. L'alcool a été fixé en plus grande quantié dans le système nerveux que dans le sang et le foie.

Pour les auteurs, c'est l'alcool, et non l'essence d'absinthe, qui a produit cette intoxication suraiguë. A. CARTAZ.

G. REINHOLD. Sur un cas de delirium tremens dû à la paraldéhyde (*Therap. Monatsh.*, *p. 300, juin 1897*).

La parenté étroite de l'alcool et de la paraldéhyde explique que l'intoxication par cette dernière puisse provoquer le delirium tremens. Les accidents survinrent chez un homme de 49 ans, jusque là sain, qui pour combattre un état de dépression générale avec insomnie se mit à absorber de la paraldéhyde. Il était arrivé à 60 grammes en 24 heures.

Sous l'influence du bromure de potassium et de l'alcool, les accidents évoluèrent vers la guérison. PAUL TISSIER.

Fr SCHULTZE. Tetanie und Psychose (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 9, 1er mars 1897*).

Von Frankl-Hochwart (*Dei tetanie*, Wien, 1891) a le premier établi d'une façon incontestable l'existence des rapports entre la tétanie et certaines psychoses. Trois fois il a vu survenir dans le cours de la tétanie, des accès maniaques ou du délire hallucinatoire qui passaient par les mêmes alternatives d'exacerbation et de rémission que la tétanie elle-même. Schultze (*Deutsche Zeitsch. für Nervenheilk.*, VII) a déjà publié l'histoire d'un malade atteint de dipsomanie, d'épilepsie et de tétanie qui présentait de temps à autre du délire hallucinatoire et qui offrait comme antécédent des accès mélancoliques avec tentatives de suicide.

Le nouveau cas qu'il rapporte concerne une jeune fille de 16 ans, d'intelligence plutôt faible et ayant un léger goitre. Alors que la tétanie était encore dans sa phase ascendante, elle fut prise d'excitation maniaque et plus tard aussi de convulsions hystériques.

Sch. lui prescrivit tour à tour de l'iodure de potassium, de la thyroïdine et de la thyroïodine (iodothyrine). L'iodure de potassium et la thyroïdine n'exercèrent aucune influence sur la tétanie, tandis que l'administration de thyroiodine entraîna une recrudescence des phénomènes tétaniques et une diminution considérable du poids de la malade.

Pour expliquer ces faits, S. ne saurait admettre une pure coïncidence entre la tétanie et la psychose, car dans les cas relatés jusqu'ici il s'agit toujours comme trouble mentaux, de phénomènes d'excitation; de plus la tétanie est toujours l'affection protopathique, enfin la psychose diminue d'intensité puis guérit en même temps que les convulsions musculaires.

J. B.

P. MARIE et ROBINSON. Sur un syndrome clinique et urologique, se montrant dans le diabète levulosurique et caractérisé par un état mélancolique avec insomnie et impuissance (*Soc. méd. des hôp.*, *25 juin 1897*).

Ce travail renferme deux observations calquées l'une sur l'autre dont

Digitized by Google

les symptômes caractéristiques sont l'état mélancolique avec prédominance des idées de ruine et tendance au suicide, une insomnie rebelle aux différents médicaments hypnotiques, une impuissance permanente; peu ou pas de polydipsie, de polyphagie et de polyurie; densité de l'urine sensiblement normale; réaction peu intense de la liqueur cupropotassique avec coloration plus brune que dans le diabète glycosurique; présence dans l'urine d'une substance sucrée déviant à gauche le plan de polarisation (lévulose). Rapidité extraordinaire de l'amélioration des troubles nerveux et de la disparition de la lévulose sous l'influence de la suppression des hydrates de carbone dans l'alimentation. H. L.

ACHARD et SOUPAULT. Tremblement héréditaire et tremblement sénile (*Gaz. hebd. Paris*, 22 *avril 1897*).

Dans ces deux variétés de tremblement, la trémulation est le symptôme à peu près unique et elle n'a pas de caractère pathognomonique. Ces deux tremblements sont influencés par la fatigue, les émotions et ils peuvent survenir à la suite des mêmes circonstances provocatrices: traumatismes, secousses morales. Le tremblement dit sénile survient à un âge très variable, parfois même dans la jeunesse ou l'enfance. Le tremblement héréditaire, dit encore congénital, attend souvent pour se manifester une cause occasionnelle et n'apparaît parfois que dans la vieillesse. L'hérédité similaire ne suffit pas à les différencier. Aussi doit-on réunir ces deux affections en une seule sous le nom de tremblement essentiel ou de névrose tremblante. LEFLAIVE.

MARANDON DE MONTYEL. La stupidité de Georget (*Gaz. hebd. Paris*, 25 *avril 1897*).

L'auteur rapporte trois observations probantes de la confusion mentale simple, ni hallucinatoire, ni délirante. Ces faits sont rares, mais ils prouvent l'existence de l'affection mentale isolée par Georget sous le nom de stupidité.

La stupidité est caractérisée par l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer.

Cette abolition ou suspension de toutes les facultés cérébrales est rapide, apyrétique et curable. LEFLAIVE.

N. BUCELLI. Turbe nervose per astinenza da tabacco in sogetti nevro-psicopatici (*Riv. di pat. nerv. e ment.*, *p. 299*, *juill. 1897*).

B. rappelle que Venturi (1886) a déjà signalé les troubles nerveux survenus chez des aliénés à la suite de l'abstinence du tabac à priser et donne un rapide résumé de trois observations portant sur des aliénés habitués, depuis de longues années, à faire usage chaque jour d'une assez grande quantité de tabac. Ces malades, une fois soumis à la suppression brusque de cet excitant, éprouvaient rapidement une grande fatigue générale, des vertiges et des troubles manifestes de l'action car-

Digitized by Google

diaque. L'auteur insiste sur le fait que ces troubles sont incontestablement analogues à ceux que produit l'intoxication aiguë par le tabac ; à ce propos, il remarque que ce fait n'est pas très rare et que, par exemple, les phénomènes de la privation de la morphine sont souvent analogues à ceux produits par l'administration des premières doses de ce poison.

PIERRE MARIE.

AMALDI et PERUGIA. L'analgesia dell ulnare negli alienati (*Riv. sper. di fren. e med. leg., p. 257, 1896*).

L'analgésie, à la pression du nerf cubital, se présente avec une plus grande fréquence chez les paralytiques généraux. Cette analgésie s'accompagne d'une diminution plus ou moins prononcée de la sensibilité à la douleur dans le territoire de distribution de ce nerf, et chez les paralytiques généraux de troubles divers dans les fonctions médullaires. On ne peut, quelle que soit sa fréquence, considérer ce symptôme comme pathognomonique de la paralysie générale. Parmi les différentes variétés d'aliénés, chez les pellagreux, l'anesthésie du cubital se présente à peu près aussi fréquemment que chez les paralytiques généraux.

PIERRE MARIE.

RAUSCHOFF. Chloralamid als Hypnoticum bei Geisteskranken (*Thèse Marbourg, 1896*).

Résultats de l'administration de la chloralamide à 26 aliénés. Lorsque l'agitation est intense, comme dans la manie, l'action soporifique est peu certaine et de courte durée ; en revanche, le résultat a été presque toujours satisfaisant quand l'insomnie ne se compliquait pas d'une grande agitation.

Sans être aussi marqués que ceux du chloral, les effets de la chloralamide sont souvent plus durables. Les suites désagréables de la médication sont rares et consistent à peu près exclusivement en de légers troubles digestifs ; un malade a eu des vomissements violents au bout de 12 heures. Mais malgré un usage prolongé, la chloralamide n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'état général, ce qui, pour les personnes débiles, doit la faire préférer à l'hydrate de chloral, au trional et au sulfonal. Comme le chloral, la chloralamide peut donner lieu à des conjonctivites bénignes.

La dose administrée a généralement oscillé entre 1 gramme 1/2 et 3 grammes ; les malades la prenaient en solution dans deux parties d'alcool étendu versé dans de l'eau, du vin ou de la bière. Jamais on n'a noté d'accoutumance.

Chez le lapin, la dose mortelle est de 0gr,5 en injection sous-cutanée et de 1 gramme en injection rectale. Les lésions les plus remarquables et les plus constantes, à l'autopsie, sont des hémorragies dans l'estomac et le gros intestin.

J. B.

A.-G. KONOSEWITCH. Lésions des ganglions automatiques du cœur dans la paralysie progressive des aliénés (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

Les lésions des ganglions cardiaques, chez les paralytiques généraux,

Digitized by Google

portent à la fois sur la trame conjonctive et sur les cellules nerveuses. La trame conjonctive est le siège d'une hyperplasie chronique en foyers, d'où épaississement des trabécules et séparation des capsules des cellules ganglionnaires. Celles-ci s'épaississent également, avec augmentation du volume et du nombre des endothéliums, quelquefois avec lésions parenchymateuses. Les capillaires des ganglions sont dilatés, gorgés de sang, présentent quelquefois des hémorragies. Les cellules ganglionnaires subissent l'atrophie simple ou des lésions rétrogrades. Le protoplasma diminue souvent, se charge de granulations de pigment brun. D'autres fois, il y a de la dégénérescence albumineuse, graisseuse, vacuolaire.

Les noyaux des cellules se rétractent, présentent des vacuoles qui peuvent siéger entre le noyau et le protoplasma; les noyaux peuvent aussi prendre une apparence homogène, se colorer fortement par les couleurs ou bien disparaître. Les fibres nerveuses sont parfois le siège d'une névrite interstitielle et peuvent disparaître. Les muscles du cœur offrent l'aspect de dégénérescence graisseuse et albumineuse, de l'atrophie brune, mais il n'y a pas de myosite interstitielle. Les lésions des fibres musculaires et des ganglions ne paraissent pas avoir des rapports étroits. H. FRENKEL.

A. HOCH. General paralysis in two sisters commencing at the age of ten and fifteen respectively; autopsy in one case (*Journ. of nerv. and ment. dis., p. 67, 1897*).

Observation de deux sœurs qui furent prises, l'aînée à 10 ans, la cadette à 15 ans, de troubles de la démarche de plus en plus prononcés qui amenèrent, au bout de quelques années, leur confinement au lit; chez l'aînée les quatre membres se rétractèrent en flexion. Il y avait des troubles de la parole. Au point de vue intellectuel démence progressive dont le degré était très prononcé; pas de convulsions ou seulement dans la période tout à fait terminale chez l'aînée. Chez celle-ci, à l'autopsie, on trouva sur l'écorce cérébrale les lésions vulgaires de la paralysie générale, de même pour les couches optiques; dans le cervelet un certain nombre de cellules de Purkinje étaient dégénérées. Dans la moelle enfin il existait, dans presque toute la hauteur, une dégénération des cordons latéraux et antérieurs.

Au point de vue de l'étiologie, Hoch incrimine l'hérédité nerveuse (sénilité précoce du père) et très vraisemblablement aussi l'hérédo-syphilis. Figures des dégénérations médullaires. PIERRE MARIE.

FÉRÉ. Note sur un cas d'ictère épileptique (*Progrès méd., 12 juin 1897*).

Une femme de 49 ans, issue d'une famille nerveuse, est prise par un violent orage pendant qu'elle avait ses règles, qui s'arrêtent brusquement; quinze jours plus tard survient un premier accès d'épilepsie. Au réveil, le lendemain, urines brun foncé; on note un ictère léger de la face; le lendemain urines très foncées, ictère généralisé, fèces décolorées, L'ictère dure 8 jours.

Pendant 3 mois, les accès revinrent de 15 en 15 jours, la nuit; à chaque accès l'ictère se reproduisait plus ou moins intense. Un traitement bromuré intensif éloigna les accès, sans diminuer leur intensité et à chaque fois l'ictère revient; dans l'intervalle il n'y a aucun trouble du foie ni du système digestif. H. L.

Digitized by Google

Jules VOISIN et HAUSER. Remarques sur l'élimination rénale du bleu de méthylène (*Gaz. hebd. Paris, 27 mars 1897*).

Les recherches ont porté sur 12 épileptiques. Ils ont constaté que dans une urine privée de toute coloration par le chloroforme, on peut faire apparaître une coloration verte ou même bleu foncé par l'ébullition pendant quelques instants, surtout après l'addition d'acide acétique; l'élimination du bleu de méthylène peut donc être latente, une urine incolore à froid peut en contenir presque autant qu'une urine d'un bleu foncé. On peut donc supposer que le bleu est éliminé non seulement à l'état de liberté, mais encore sous forme d'un composé incolore, susceptible de régénérer le bleu par l'ébullition en milieu acide. H. L.

Gilbert BALLET. Des épilepsies partielles : gliome cérébral, extirpation, mort (*Méd. moderne, nos 45 et suiv., 5 juin 1897*).

Une femme âgée de 51 ans présente des symptômes qui firent diagnostiquer un gliome du pied des circonvolutions pariétales et frontales ascendantes, irritant particulièrement le pied de la frontale au niveau de laquelle paraît être localisé le centre du langage, siège du signal symptôme, et ayant détruit partiellement ou au moins comprimé le centre moteur du membre supérieur qui est parésié ; la tumeur serait en voie de progression.

Le 2 février 1897, Ch. Monod, pratique l'hémicraniectomie temporaire. Après incision de la dure-mère, on vit se faire hernie hors de la substance cérébrale une tumeur violacée, molle, de la grosseur d'une noix, émergeant du sillon de Rolando, à sa partie moyenne, mais paraissant faire corps avec la circonvolution frontale ascendante. On se borna à exciser la partie qui faisait saillie hors du cerveau et l'on cautérisa la surface saignante avec le thermocautère.

Suture de la dure-mère, drainage. Le 2 février, l'opérée tomba dans la torpeur, puis parut de la contracture des membres supérieurs et inférieurs gauches ; le 5, la température s'éleva à 38°,2, pour atteindre 39°,5 le 7 février et la malade succomba, dans le coma, le 8 février.

Autopsie : Les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes sont déformées, d'un jaune ocreux, avec piqueté hémorragique. La tumeur fait saillie de la frontale ascendante, repoussant en arrière la scissure et la circonvolution pariétale dans l'épaisseur de laquelle existe un caillot mélangé de débris de tumeur et gros comme une noix. Les lèvres du sillon de Rolando sont infiltrées par le néoplasme qui est un gliome. P. MAUBRAC.

Lloyd ANDRIEZEN. The pathogenesis of epileptic idiocy and epileptic imbecility (*Brit. med. Journ., p. 1081, 1er mai 1897*).

L'auteur reconnaît à l'idiotie et à la stupidité compliquées d'épilepsie des origines communes : il s'agit toujours de dégénérés provenant de pères ou de mères syphilitiques et alcooliques, souvent les deux atteints de la double tare. Quant à la lésion qui se rencontre chez les idiots et les imbéciles épileptiques, elle porte à la fois sur la névroglie et sur les cellules nerveuses. Il existe une sclérose diffuse et une hypergenèse de la névroglie ; et, d'autre part, les cellules nerveuses sont incomplètement développées, rares et petites (type imbécillité) ou au contraire pigmen-

Digitized by Google

tées, à noyau excentrique, parfois vacuolées et atrophiées (type des idiots épileptiques). Au contraire, dans les cerveaux des simples, des imbéciles et des idiots non épileptiques, les lésions de la névroglie sont absentes, et l'altération fondamentale est l'arrêt de développement des circonvolutions. Microscopiquement, les cellules pyramidales sont très défectueuses. H. RENDU.

I. — Teldford SMITH. Tendency to bending of the bones in cretin, etc. (*Brit. med. Journ., p. 645, 12 sept. 1896*).

II. — LANGHANS. Ueber die Knochen der Kretinen (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 6, p. 179, 15 mars 1897*).

I.— L'auteur signale le ramollissement des os qui se produit, en même temps qu'un accroissement rapide du squelette, chez les crétins soumis au traitement thyroïdien. Il y a lieu, comme chez les rachitiques, de les surveiller de près et de ne pas les laisser trop marcher sous peine de voir s'incurver leurs membres inférieurs. Des photographies mettent le fait en évidence. H. R.

II. — Langhans a étudié la texture des os chez 5 crétins âgés de 26, 32, 45, 51 et 60 ans. Il a trouvé beaucoup de cartilages épiphysaires encore intacts et chez celui de 45 ans, il en a trouvé des restes dans la tête de l'humérus. Chez un crétin de 14 mois, il manquait encore de nombreux noyaux d'ossification dans les épiphyses, en particulier celui de l'épiphyse inférieure du fémur, signe important de la maturité d'un nouveau-né. Koller (*Thèse Zurich* 1896) cite également un crétin de 16 ans chez lequel Hanau a constaté que toutes les épiphyses étaient encore cartilagineuses. Le crétinisme, sous le rapport des altérations du squelette, est donc identique à la cachexie par suppression du corps thyroïde tandis qu'on doit en séparer les nouveau-nés soi-disant crétins de Verchow et autres auteurs ainsi que Kaufmann l'a démontré. J. B.

KŒNIG. Ueber Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten, idiotischen Kindern (*Berlin. klin Woch., n° 1, p. 17, 4 janv. 1897*).

Les recherches de K. ont porté sur 46 cas de paralysie cérébrale infantile de formes les plus diverses et sur 38 idiots non paralysés, ayant un âge variant de 7 à 21 ans.

Les mouvements associés manquent absolument chez 15 0/0 des enfants idiots paralysés, et chez 34 0/0 des non paralysés. On retrouve chez les non paralysés les mêmes sortes de mouvements associés que chez les paralysés, à l'exception toutefois des mouvements associés réflexes. Les différences les plus frappantes entre les deux catégories d'idiots, c'est que, chez les paralysés, les mouvements associés sont plus fréquents, généralement plus intenses et moins facilement réfrénés par la volonté ou par l'exercice.

Les mouvements associés ne montrent pas de prédilection pour l'une des formes de la paralysie cérébrale infantile ; il semble cependant que dans les hémiplégies pures, les cas, où les mouvements associés s'observent aussi bien dans les mouvements des doigts paralysés que dans ceux

Digitized by Google

des non paralysés, l'emportent en nombre sur ceux où les mouvements associés restes bornés à un seul côté. Les mouvements associés des doigts sont ceux qui font le plus rarement défaut.

On rencontre les mouvements associés aussi bien dans les lésions de l'écorce cérébrale que dans celles des gros ganglions, aussi bien quand les voies pyramidales sont malades que lorsqu'elles sont saines.

Relativement à la pathogénie des mouvements associés, comme Senator et comme W. Sander, K. se rallie à la théorie de Hitzig. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

LE DENTU et DELBET. Traité de chirurgie clinique et opératoire (*Tome V, 895 p., Paris, 1897*).

Ce nouveau volume du traité de chirurgie comprend les affections de l'œil, de l'oreille, du nez, de la face. Les maladies de l'œil ont été traitées par Terson qui s'est efforcé de mettre surtout en relief les questions de diagnostic et de traitement : l'anatomie pathologique y est suffisamment exposée, mais sans prendre la place qui revient à la clinique.

Castex, dans une série de chapitres étendus, étudie successivement (350 pages), les maladies du nez, des cavités accessoires du nez, des oreilles, exposant sommairement les travaux les plus récents sur la question des adénoïdes, des sinusités frontale, ethmoïdale et maxillaire.

Le Dentu s'est chargé des malformations de la face ou des lèvres, simples et compliquées, fissures, et fait une étude minutieuse de méthodes de traitement. Les affections chirurgicales des machoires sont résumées par Nimier (lésions traumatiques, inflammatoires, parasitaires, trophiques et tumeurs). A. CARTAZ.

KIONKA. Ueber die Anwendung der Inhalations (Sur l'emploi des anesthésiques par inhalations (*Therap. Monats, n° 3 p. 143, mars 1897*).

K. conseille l'emploi de mélanges dosés d'air et d'anesthésique (éther ou chloroforme). Il sature de l'air avec l'anesthésique et (le degré de saturation étant fixé pour une température donnée) il le mélange en proportions variables avec l'air. Il suffit de très petites quantités d'anesthésique et il est très dangereux de dépasser même de peu la quantité nécessaire.

PAUL TISSIER.

BRAUN. Ueber Infiltrationsanästhesie und regionäre Cocainanaesthesie (*Centr. f. Chir., 1er mai 1897*).

L'infiltration des tissus durs, cuir chevelu, peau de la paume des

Digitized by Google

mains et de la plante des pieds, ainsi que les tissus cicatriciels, etc.; est souvent liée à d'insurmontables difficultés qui seraient cependant vaincues, d'après B., si l'on se sert pour l'injection d'une seringue spécialement construite dans ce but, dont il donne ici la figure avec explications. Reprenant ensuite l'idée de Corning, B. dit que l'anesthésie par la cocaïne est plus facile à obtenir lorsque l'on interrompt le courant sanguin en amont de la zone à anesthésier. Il estime que le titre de la solution de cocaïne à 1 0/0 est suffisamment élevé et que 4 injections faites autour de la zone qui est ainsi circonscrite sont une des conditions de bonne réussite. CART.

Al. MAC LENNAN. Reports of some cases of stoppage of respiration during chloroform anesthesia treated by tracheotomy (*Brit. med. Journ., p. 1500, 21 nov. 1896*).

L'auteur range les accidents d'arrêt de respiration qui surviennent pendant l'anesthésie chloroformique sous les chefs suivants : sécrétion et mucosités dans le larynx et la trachée; spasme des cordes vocales; œdème aigu du larynx; vomissement alimentaire ou muqueux, avec pénétration des liquides vomis dans les voies aériennes.

Dans tous ces cas, l'indication urgente est de faire la trachéotomie : l'asphyxie cesse immédiatement et l'on peut continuer à donner le chloroforme sans danger. Trois observations inédites à l'appui de cette intervention sont données par l'auteur. H. RENDU.

Robert KIRK. On auscultation of the heart during the chloroform narcosis (*Brit. med. Journ., p. 1704, 12 déc. 1896*).

L'auteur étudie les trois cas suivants :

1° *Effets de l'inhalation continue du chloroforme sur le cœur.* — Au début, il se produit toujours un accroissement des pulsations, qui de 68 s'élève à 120-130 par minute. Puis le pouls se ralentit, se régularise et tombe à 60. C'est la marche du chloroforme normal.

2° *Effets de la suspension ou de l'interruption du chloroforme pendant la narcose.* — Il se produit toujours, en pareil cas, une énorme accélération des battements du cœur, qui deviennent irréguliers et arythmiques. Ces phénomènes sont plus graves que l'apnée ou la dyspnée qui se produit dans les mêmes circonstances et qui attire seule l'attention du chirurgien ; aussi vaut-il mieux continuer la chloroformisation avec prudence que de recourir à la respiration artificielle. Une tachycardie excessive est souvent l'avant-coureur de la syncope.

3° *Effets des vomissements intercurrents sur le cœur.* — Ici encore se produit l'accélération, et souvent l'irrégularité des battements du cœur, pendant la période nauséeuse, et une certaine tendance à la syncope. Une fois les vomissements effectués, le pouls redevient lent et calme.

H. RENDU.

Digitized by Google

Leonard HILL. Cause de la syncope par chloroforme (*Brit. med. Journ., p. 957, 17 avril 1897*).

Conclusions :

1° Le chloroforme produit une diminution brusque de la tension artérielle et secondairement une anémie du bulbe avec arrêt de la respiration;

2° Il abolit très rapidement la tonicité vasculaire qui compense les effets de la pesanteur;

3° Il paralyse les vaso-moteurs splanchniques et amène une dilatation paralytique du cœur, à la façon du nitrite d'amyle;

4° Il y a deux formes de syncope chloroformique : *a*) l'une qui survient au début de la chloroformisation, au bout de quelques inspirations profondes; en pareil cas le cœur gauche est paralysé et se remplit brusquement de sang; la respiration et le pouls cessent simultanément, ou le pouls avant la respiration; *b*) l'autre, qui survient pendant la chloroformisation prolongée quand on donne trop de chloroforme. La pression artérielle s'abaisse graduellement et la respiration cesse par anémie bulbaire, sans paralysie du cœur prémonitoire;

5° Dans cette seconde forme de syncope, la respiration artificielle et la position horizontale ressuscitent la malade. Dans la première, la position horizontale est indiquée, en alternant avec la station verticale et la compression rythmée du thorax. H. RENDU.

WASHBOURN et Arbuthnot LANE. Removal of brain tumour (*Brit. med. Journ., p. 852, 3 avril 1897*).

Femme de 46 ans, atteinte d'épilepsie jacksonienne du bras droit, suivie ultérieurement d'une hémiplégie passagère. Les attaques se répètent tous les quinze jours, laissant une parésie permanente et résistant au traitement spécifique. Le 19 septembre trépanation et mise à nu de la dure-mère; le lendemain, deux attaques. Le 21 septembre, section de la dure-mère et découverte d'une tumeur née de la pie-mère et s'enfonçant en avant de la limite supérieure du sillon de Rolando. Ses dimensions sont de deux pouces d'avant en arrière sur un pouce et demi de large. Après l'ablation de la tumeur, aphasie et paralysie du bras droit et de la moitié droite de la face. L'aphasie disparaît bientôt. A la sortie de l'hôpital il reste une monoplégie complète motrice du membre supérieur droit, avec anesthésie des doigts. Toute douleur a disparu, ainsi que les crises épileptiformes. Actuellement, 26 mars 1897, le mouvement reparaît dans les doigts, mais le reste du bras est paralysé. H. R.

Morton PRINCE. Primary idiopathic hydrocephalus in adults (*N.-York med. Journ., p. 740, 29 mai 1897*).

Dans un premier cas, l'affection succéda à un traumatisme, et simula un abcès latent avec méningite secondaire de la base; l'autopsie fut pratiquée avec un résultat négatif. A l'autopsie on trouva les ventricules dilatés jusqu'à trois fois leur volume normal, les circonvolutions aplaties et les sillons presque oblitérés.

Dans un second cas, on nota des lésions presque identiques.

Digitized by Google

Un troisième cas est consécutif à un coup de soleil. On eut affaire ici à une hydrocéphalie interne; les mailles de la pie-mère et l'arachnoïde étaient infiltrées d'un liquide ressemblant à une couche de gelée.

Joseph Collins cite un malade qui présenta sous une forme chronique tous les symptômes d'une ataxie cérébelleuse héréditaire, et chez qui l'autopsie montra seulement l'existence d'une distension ventriculaire. P. MAUBRAC.

A. MARCOTTE. De l'hémicraniectomie temporaire de Doyen (*Arch. prov. de chir., VI, p. 1, janv. 1897*).

L'insuffisance du manuel opératoire classique a été jusqu'ici la cause principale du retard de la chirurgie cranienne par rapport à la chirurgie générale, et notamment à la chirurgie péritonéale. La craniectomie temporaire de Wagner est très supérieure aux méthodes d'exérèse osseuse. Les lambeaux craniens, jusqu'ici pratiqués, ne sont pas assez étendus. L'emploi de la couronne de trépan pour ouvrir le crâne est très défectueux; le ciseau et le maillet ne permettent pas des opérations longues et laborieuses et déterminent un ébranlement cérébral dangereux. Les scies et autres instrument mus par de petits moteurs électriques, n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait et exposent particulièrement à la blessure de la dure-mère et du cerveau.

L'auteur propose comme méthode de choix pour l'ouverture du crâne le procédé d'hémicraniectomie temporaire de Doyen, qui présente l'avantage de faire, en très peu de temps et sans ébranlement cérébral, les ouvertures craniennes les plus grandes que l'on puisse désirer, 1/3 à 1/2 de la calotte cranienne, et d'obtenir une séparation parfaite. L'instrumentation à mains de Doyen, qui ne comporte que cinq instruments essentiels, doit remplacer l'ancien trépan à couronnes. L'instrumentation électrique est cependant de beaucoup préférable, toutes les fois que le nombre d'interventions et l'installation spéciale de la salle d'opération comportent l'addition du moteur nécessaire. Cette même instrumentation peut rendre les plus grands services dans les opérations qui se pratiquent sur le système osseux. F. VERCHÈRE.

A. WATTS. A case of parietal rupture of the spinal cord without fracture of the spine (*Brit. med. Journ., p. 654, 13 mars 1897*).

Un homme de 65 ans fait une chute de voiture, se relève, marche environ un kilomètre et arrive chez lui. Trois heures après, il se sent, en quelques instants, paralysé des quatre membres, sans éprouver de douleur : il souffre seulement de la nuque quand il tourne. Il peut encore remuer légèrement les bras et fléchir les avant-bras, mais il a perdu les mouvements des doigts et de la main. Les réflexes rotuliens sont nuls; l'anesthésie complète dans les membres supérieurs, la vessie et le rectum paralysés. Mort 12 jours après l'accident, d'œdème du poumon.

A l'autopsie, intégrité absolue de la colonne vertébrale, aucune trace de fracture au niveau de la 6e et de la 7e cervicales, la dure-mère a subi une torsion transversale. La moelle à ce niveau est ramollie et détruite, mais non séparée du segment inférieur. VANVERTS.

Digitized by Google

L. Mc Lane TIFFANY. Intracranial operation for the cure of facial neuralgia (*Trans. Amer. surg. Assoc., XIV, p. 1*).

Dans ce travail de revue critique T. a réuni 108 cas, dont les deux tiers environ ont été opérés par le procédé de Krause, un quart par celui de Rose, 7 par celui de Horsley, 4 par celui de Doyen, 4 de Quénu.

L'âge des malades varie de 20 a 71 ans; les hommes sont plus nombreux que les femmes. Le côté droit est pris deux fois plus souvent que le gauche. Sur ces 108 cas, on compte 24 morts : 8 de choc, 8 d'accidents septiques, 4 de lésions cérébrales, dont un abcès, les autres de causes diverses.

T. conclut de cette étude, pleine de détails intéressants, et qui se termine par le résumé des 108 observations, que l'opération doit enlever les deux tiers inférieurs du ganglion de Gasser, et les seconde et troisième branches du trijumeau; le tiers supérieur et la première branche n'ont pas besoin le plus souvent d'être excisés. A. CARTAZ.

PÉAN. Névromes généralisés : résection d'une grande partie du nerf médian et du nerf cubital; rétablissement des fonctions motrice et sensitive; polyorchidie (*Bull. Acad. de méd., 19 janv. 1897*).

Chez un jeune homme âgé aujourd'hui de 25 ans, il était apparu à 4 ans de nombreuses tumeurs des téguments du dos, puis à 8 ans aux membres et au front. La plupart s'atrophièrent, mais quelques-unes, surtout celles sises au bras gauche atteignirent le volume d'une chataigne, d'une noix, d'un œuf de poule et même, pour l'une d'elles, d'une tête de fœtus à terme. Les unes étaient indolentes, les autres étaient très douloureuses (commotions semblables à des secousses électriques); certaines étaient solides, opaques, et les autres liquides, translucides.

Celles du bras gauche menaçant de s'ulcérer, on les découvrit pas une incision et on constata qu'elles siégaient sur le cubital et le médian, au-dessous du névrilemme distendu, épaissi, très vascularisé. Dans une première séance, ablation de la portion brachiale du nerf médian. Dans une seconde, extirpation du médian dans le quart supérieur de l'avant-bras, et du cubital depuis le tendon du pectoral à l'articulation, ablation de quelques tumeurs de l'épaule du côté droit du thorax. Un névrome douloureux semblait surajouté au testicule droit; une incision fit découvrir dans la vaginale deux testicules sains réunis par un épididyme commun.

Après l'ablation de 25 à 30 centimètres des nerfs cubital et médian, il y eut paralysie et anesthésie dans le domaine de ces nerfs; mais la motricité et la sensibilité ont reparu dans un délai assez court bien qu'il soit invraisemblable que ces nerfs aient pu se restaurer pas bourgeonnement.

Pas de récidive au bout de dix mois; atrophie et disparition des autres névromes. LEFLAIVE.

Mayo ROBSON. A case in which the spinal cord of a rabbit was successfully used as a graft in the median nerve of a man (*Brit. med. Journ., p. 1312, 31 oct. 1896*).

Un homme de 29 ans fait une chute sur un objet coupant, et se fait une

Digitized by Google

plaie au bras droit qui intéresse l'artère brachiale, le nerf médian et le cubital. Sept mois après, il entre à l'hôpital, le 18 janvier 1890, avec une atrophie notable des muscles de l'avant-bras, de l'éminence thénar et hypothénar et des interosseux. La sensibilité a disparu à la partie interne et antérieure de l'avant-bras, depuis le coude jusqu'au poignet; à la paume de la main, sauf au niveau de l'éminence thénar : sur le dos de la main l'anesthésie occupe la partie interne d'une ligne passant par le médian, l'annulaire et le médian en totalité, enfin la demi-phalange de l'index. Sur les muscles atrophiés, la réaction électrique est nulle.

Le 30 janvier 1890, une incision est pratiquée sur la cicatrice de la plaie, pour retrouver les nerfs sectionnés. On reconnaît aisément le cubital, enclavé dans du tissu fibreux. La recherche du médian est beaucoup plus difficile, et on finit par le trouver, caché sous le biceps, à une grande distance du segment inférieur, enclavé dans la cicatrice du coude.

Le tissu fibreux interposé entre les fibres du cubital est excisé, et les portions saines du nerf réunies au moyen d'une greffe empruntés au nerf sciatique d'un lapin. Pour le nerf médian, les deux bouts réséqués sont éloignés de 2 pouces et demi l'un de l'autre. Le nerf sciatique du lapin faisant défaut, Littlewood dissèque la moelle de l'animal et s'en sert comme d'une greffe pour réunir les deux extrémités du nerf. La plaie suturée soigneusement, guérit par première intention. Peu à peu la sensibilité reparaît, puis des mouvements sont possibles.

Le 13 juin, le malade quitte l'hôpital commençant à faire quelques mouvements de ses doigts. Le retour complet des fonctions est obtenu en mars 1891, au bout d'un an.

Le malade est revu six ans plus tard, en février 1896. Les deux bras sont sensiblement égaux; l'atrophie a complètement disparu. Toutes les mouvements se font parfaitement, sauf l'abduction du pouce. La sensibilité est revenue partout : les réactions électriques sont normales.

Il semble, dans ce fait remarquable, que la continuité du système nerveux ait été mieux assurée par la moelle que par le nerf, puisque la réparation s'est faite plus tôt dans la circonscription du nerf médian que dans celle du nerf cubital. H. RENDU.

ANNEQUIN. Luxation traumatique du nerf cubital droit : parésie; réduction; guérison (*Dauphiné méd., avril 1897*).

Homme d'une vingtaine d'années. Chute dans un escalier ; forte contusion à la partie interne du bras, l'avant-bras étant fléchi ; vive douleur au coude et à la main, suivie d'anesthésie et de paralysie dans le domaine du nerf cubital. Actuellement, le nerf sorti de la gouttière épitrochléo-olécrannienne, dans l'attitude de flexion de l'avant-bras, est perçu en dedans de l'épitrochlées sous forme d'un cordon sous-cutané, roulant sous le doigt, se déplaçant d'avant en arrière, lorsqu'on étend l'avant-bras et douloureux à la pression, qui provoque une sensation de commotion électrique dans les deux derniers doigts. Flexion de tous les doigts ; légère atrophie du membre. Comme symptômes fonctionnels : perte partielle des mouvements de flexion et d'extension des quatre derniers doigts ; gêne de la flexion et de l'extension de l'avant-bras.

L'opération a consisté à rompre les tractus qui unissaient la peau à la gaîne du nerf cubital, à dégager la gouttière épitrochléo-olécranienne du tissu cellulo-graisseux et des fibres musculaires qui la comblaient, à y réintégrer le nerf et à l'y maintenir en reconstituant la bandelette épitrochléo-olécranienne au moyen de deux lambeaux fibro-musculaires réunis entre eux. Immobi-

Digitized by Google

bilisation ; massage de la région à partir du dixième jour, et à partir du vingtième jour les mouvements du coude étaient entièrement recouvrés.

OZENNE.

James BERRY. Large fibro-sarcoma of the sciatic nerve (*The Lancet, p. 1144, 5 juin 1897*).

Une femme de 19 ans porte depuis dix-huit mois une tumeur à la partie postérieure de la cuisse gauche ; cette tumeur a débuté immédiatement au-dessus du genou ; la tumeur a progressivement augmenté et mesure 0m,30 de hauteur et 0m,15 de largeur ; les douleurs sont très légères et les troubles moteurs à peine marqués.

Le 11 juin 1897, Berry fait une incision de 0m,25, sur la ligne du sciatique, commençant au-dessous du grand fessier. La tumeur était encapsulée, englobant le nerf sciatique.

Les muscles, bien qu'adhérents, ne paraissent pas infiltrés par la tumeur qu'on diagnostiqua être un fibrome.

L'incision est prolongée de 0m,16, on s'aperçoit alors que la tumeur a infiltré les demi-membraneux et demi-tendineux ; ces muscles sont extirpés de l'ischion à l'espace poplité. A la partie moyenne du fémur la tumeur adhère solidement au périoste dont elle est séparée avec difficulté : de même à la partie supérieure, on extirpe avec peine un prolongement de la tumeur sous le grand fessier, remontant jusqu'à la crête iliaque.

On tenta de disséquer le grand sciatique, mais on dut en exciser 0m,08 qui étaient infiltrés par la tumenr. On ne put suturer les extrémités divisées.

Hémorragie légère ; guérison opératoire rapide.

La tumeur pesait 6 livres 1/2 et mesurait 0m,34 de longueur sur 0m,13 en sa partie la plus large. Au microscope on reconnut un fibro-sarcome.

Les résultats éloignés sont intéressants : la section du sciatique entraîna la paralysie motrice immédiate de la jambe et du pied, ainsi que l'anesthésie de la même région, excepté dans le territoire du saphène interne ; or, la paralysie persista complète, tandis que la sensibilité reparut progressivement, à ce point qu'elle était parfaite, deux mois plus tard, des deux côtés de la jambe et sur le pied.

Au point de vue fonctionnel, la patiente marche sans appareil, si ce n'est une attelle de gutta percha pour maintenir la solidité du pied ; la flexion du genou se fait presque exclusivement par le couturier, mais avec assez de précision, pour que la malade marche sans canne et sans béquille.

P. MAUBRAC.

W. TURNER. Remarks on the wounds of the heart (*Brit. med. Journ., p. 1140, 14 nov. 1896*).

A propos de la curabilité de certaines plaies du cœur, Turner rapporte le fait suivant :

Un jeune Maltais est apporté à l'hôpital le 21 octobre 1895, dans un état de collapsus, et portant une plaie pénétrante de la région précordiale due à un coup de couteau. A chaque systole s'échappait un jet de sang rutilant, tandis que, à chaque expiration, l'air sortait bruyamment de la plaie. La situation paraissait désespérée, le pouls imperceptible, les extrémités froides. Le malade resta inconscient presque 24 heures : au bout de ce temps, la chaleur reparut, avec une respiration courte et une poitrine mate à la percussion.

Au bout d'une semaine, la situation restait critique ; une sérosité sanguinolente s'échappait en abondance de la plaie, les signes d'un pneumothorax

Digitized by Google

étaient indubitables. Un mois plus tard, à l'épanchement sanguin succéda une collection purulente, difficile à drainer et à laver, malgré la résection de la 5e côte. La mort survint subitement plus de quatre mois et demi après la blessure.

L'autopsie révéla qu'elle était due à une hémorragie cérébrale. Le poumon était affaissé dans la gouttière vertébrale, la plèvre adhérente au péricarde. Celui-ci présentait une cicatrice correspondante à la plaie thoracique. Immédiatement au-dessous existait une cicatrice intéresssant la partie antérieure du cœur et la cloison interventriculaire, à un pouce et demi au-dessus de la pointe du cœur. L'artère coronaire gauche, ainsi que la veine, avaient été sectionnées : le péricarde avait été rempli de sang, ce qui avait arrêté l'hémorragie et permis à la plaie de se cicatriser. H. RENDU.

LARRIEU. De l'anévrisme du tronc brachio-céphalique (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur rapporte 16 observations. Il montre que s'il est facile en général de ne pas confondre l'anévrisme du tronc brachio-céphalique avec une tumeur du médiastin il est très difficile d'en préciser le siège exact. Le plus souvent, du reste, l'anévrisme du tronc brachio-céphalique coexiste avec une dilatation de l'aorte ascendante.

En présence d'une semblable tumeur, on devra d'abord essayer le traitement médical ; s'il échoue, on interviendra directement. L'opération de choix semble être la ligature simultanée des artères carotide primitive et sous-clavière droites. Parfois, il a été nécessaire de faire ultérieurement, d'autres ligatures (sous-clavière gauche, branches collatérales de la sous-clavière droite. Le Dentu). Le résultat sera d'autant meilleur que la poche sera plus petite. VICTOR VRAU.

VIGNARD. Traitement du goitre exophtalmique par la section double du sympathique cervical (*Bulletin méd., 21 fév. 1897*).

Dans les cas de goitre exophtalmique ayant résisté aux moyens médicaux ordinaires, la section bilatérale du sympathique cervical est le procédé thérapeutique de choix. Il suffit d'enlever le ganglion supérieur, opération plus facile, plus sûre et donnant des résultats aussi satisfaisants que toutes celles qui ont été pratiquées soit sur le cordon sympathique seul, soit en même temps sur les ganglions inférieur et moyen. Cette opération ne présente jamais de suites fâcheuses et améliore, jusqu'à disparition parfois complète, tous les symptômes du basedowisme. Six observations. LEFLAIVE.

I. — P. RECLUS. Résection bilatérale du grand symphatique cervical dans le goitre exophtalmique (*Bull. Acad. de méd., 22 juin 1897*).

II. — Gérard MARCHANT. De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophtalmique (*Gaz. des hôp., 1er juill. 1897*).

III. — Gérard MARCHANT et Ch. ABADIE. Goitre exophtalmique traité par la résection des deux sympathiques cervicaux (*Presse méd., 3 juill. 1897*).

IV. — CHAUFFARD et QUÉNU. Résection bilatérale du sympathique cervical dans un cas de goitre exophtalmique (*Ibid.*).

Digitized by Google

V. — Ch. ABADIE. Nature et traitement du goitre exophtalmique (*Gaz. des hôp., 8 juill. 1897*).

I. — P. Reclus relate l'observation d'une malade de 20 ans, atteinte du goitre exophtalmique avec tous les signes classiques. Son assistant, Faure, pratiqua l'opération de Jaboulay, résection du sympathique cervical, des deux côtés. Sur le premier moment de l'opération, aucune modification. Mais dès le soir, le pouls tout aussi rapide était plus régulier; pour la première fois depuis dix ans, la malade a pu fermer les paupières sur les yeux devenus moins saillants. Le lendemain le pouls est tombé de 160 à 120. L'amélioration va en s'accentuant et la malade sort guérie.

II et III. — Marchant a opéré, par ce procédé, une malade d'Abadie âgée de 29 ans, qui depuis dix-huit mois a vu survenir, après une grossesse, les phénomènes du goitre exophtalmique. Résection des sympathiques cervicaux. Guérison. Après la section du sympathique droit, faite dix minutes après celle du gauche, on note du côté droit de petits épanchements sanguins sous-conjonctivaux dans le segment externe du globe. Il s'agit là probablement d'un phénomène d'exagération de la vasodilatation du côté opposé après la première section.

IV. — Jeune homme de 24 ans entré dans le service de Chauffard pour un goitre exophtalmique avec troubles très accentués, palpitations, dyspnée, tachycardie, etc. Insuccès du traitement médical. Opération par Quénu. Résection des deux sympathiques cervicaux. Myosis consécutif qui disparaît le second jour; troubles cardiaques qui s'apaisent au bout de quelques jours, mais pas d'amélioration. Le volume du goitre n'a pas été modifié, l'exophtalmie non plus. Le malade a maigri en deux mois de 3 kilogrammes. Il sort de l'hôpital, est pris peu de temps après de nouveaux accès de palpitations, est soumis par un médecin au traitement par la digitale; le malade en absorbe trop et meurt empoisonné.

Ce cas n'est donc pas favorable à la méthode.

V. — Dans cette courte note, A. montre que la résection du sympathique doit être le vrai traitement du goitre exophtalmique; si le diagnostic est douteux, essayer la médication thyroïdienne qui servira de pierre de touche. Ne pas intervenir sur le corps thyroïde. A. CARTAZ.

JABOULAY. Résultats éloignés du traitement du goitre exophtalmique par la section du sympathique cervical (*Lyon méd., 8 août 1897*).

J. a recherché les malades qu'il avait opérés et voici le résultat de son enquête : 1re malade opérée, bon état, plus d'exophtalmie; 2e et 3e, mortes de néphrite et de grippe; 4e, pas d'exophtalmie, mais goitre revenu; 5e, malade très améliorée (opérée en janvier 1897); 6e, guérison persistante. Le vrai succès pour cette méthode thérapeutique est le goitre exophtalmique sans goitre. A. CARTAZ.

Th. JONNESCO. La résection totale et bilatérale du sympathique cervical (*Arch. prov. de chir., VI, p. 84, fév. 1897*).

Le sympathique cervical peut être réséqué dans sa totalité et des deux côtés sans crainte de troubles ultérieurs. Cette opération peut toujours être tentée. Dans le goitre exophtalmique, dont les troubles paraissent avoir leur siège surtout, sinon complètement, dans le sympathique cer-

Digitized by Google

vical, la résection bilatérale de ce dernier est absolument indiquée, quand même on ajouterait à cette intervention une autre complémentaire, comme la ligature des artères thyroïdiennes. Les résultats rapportés par l'auteur légitiment cette proposition.

Chez les épileptiques, pendant les attaques, on observe un trouble de la circulation encéphalique. Ce fait a été constaté *de visu* par Doyen qui, au cours d'une large trépanation sur une épileptique tombée en attaque pendant l'opération, observa une anémie cérébrale très prononcée durant l'attaque. D'autres chirurgiens ont observé, au contraire, dans les mêmes cas une congestion encéphalique.

Il est indéniable qu'il y a chez ces épileptiques essentiels, des troubles de la circulation encéphalique et que la résection du sympathique cervical doit modifier cette dernière, et c'est ainsi qu'on peut expliquer les excellents résultats obtenus chez ses malades par l'auteur.

On pourra étendre les indications de cette opération en l'appliquant au traitement des diverses névroses, sans lésions et attaques, dans lesquelles probablement les modifications de la circulation encéphalique peuvent jouer un grand rôle. F. VERCHÈRE.

DOYEN. L'ablation du corps thyroïde dans le goitre exophtalmique (*Semaine méd. 29 juill. 1897*).

D. relate les obs. de deux femmes chez lesquelles il a enlevé le corps thyroïde pour le goitre exophtalmique.

L'opération a été suivie de la disparition immédiate et durable de tous les symptômes. D. n'est pas partisan de la résection du sympathique qu'il regarde comme moins efficace et plus dangereuse que la thyroïdectomie. A. C.

JABOULAY. Traitement du goitre exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical (*Bull. Acad. méd., 27 juill. et Méd. moderne, 28 juill 1897*).

J. a déjà pratiqué 9 opérations de ce genre; 6 ont été publiées (voy. *R. S. M.*, XLIX, 660) 3 sont inédites. Cette opération n'a eu aucune suite fâcheuse, elle n'a jamais amené de trouble trophique ni d'altération d'organe et elle a eu la plus heureuse influence sur la rétrocession et la disparition de tous les symptômes du goitre exophtalmique.

J. constate que les résultats sont meilleurs chez les sujets âgés; il pense que cela tient à une diminution fonctionnelle progresssive du système sympathique. Quant aux résultats différents observés par d'autres opérateurs, il estime qu'il faut tenir compte des anomalies anatomiques.

A. CARTAZ.

DEPAGE. De la thyroïdectomie (*Ann. Soc. belge chir., 15 mars 1897*).

Après avoir rapporté 7 observations de goitres bénins pour lesquels il est intervenu chirurgicalement, Depage donne une description des différentes tumeurs désignées sous le nom de goitres et étudie le traitement qui leur convient. Il conclut ainsi :

Digitized by Google

Les goitres doivent être divisés en goitres hyperplasiques ou parenchymateux et en adénomes du corps thyroïde.

Les adénomes colloïdes et les goitres kystiques sont ceux que l'on rencontre le plus souvent.

La ponction suivie d'une injection modificatrice donne de bons résultats dans les kystes simples, à parois minces et à contenu séreux ; elle ne guérit qu'exceptionnellement le kyste uni ou multiloculaire à parois rigides et à contenu épais. Les injections interstitielles peuvent guérir les goitres hyperplasiques et vasculaires ; pour les adénomes elles agissent à la façon de la méthode sclérogène, mais aboutissent rarement à une guérison définitive (Roux).

La mortalité due à la seringue de Pravaz est aussi forte que celle produite par le bistouri dans le traitement chirurgical du goitre (Roux).

L'ablation de la tumeur et exceptionnellement les ponctions suivies d'injections modificatrices ou les injections interstitielles constituent le vrai traitement chirurgical du goitre. Mais on ne doit y avoir recours que si, après avoir épuisé les moyens médicaux, la tumeur continue à augmenter de volume et a des tendances à provoquer des accidents.

Les goitres hyperplasiques ou vasculaires sont les seuls où l'injection interstitielle peut être conseillée. Pour les adénomes colloïdes ou kystiques, c'est à l'énucléation qu'il faut avoir recours. OZENNE.

PÉAN. Sur le traitement chirurgical du goitre exophtalmique (*Bull. Acad. de méd.*, *3 août 1897*).

P. croit que la maladie de Graves peut être combattue avec succès, après échec des moyens médicaux, par la thyroïdectomie, qui peut se pratiquer facilement. Il regarde cette opération comme préférable à la résection du sympathique. A. C.

VERHOEF. Thyroïdectomie pour un cas de maladie de Basedow (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 mars 1897*).

Femme de 33 ans, atteinte de maladie de Basedow, pour laquelle on essaye à plusieurs reprises, les iodures, les bromures et l'extrait thyroïdien. Ces médications étant restées sans résultats et en présence de l'aggravation des symptômes, tachycardie, tremblement des mains, exophtalmie croissante, dyspnée, œdème dur et douloureux des membres inférieurs, on pratique une thyroïdectomie partielle ; le lobe gauche et la partie inférieure du lobe droit sont enlevés (il s'agisait d'une hyperplasie diffuse de la glande thyroïde). A la suite de l'opération, agitation continue, hémorragie sérieuse le quatrième jour ; congestion des poumons et mort subite le cinquante-et-unième jour.

OZENNE.

DESCHAMPS et PERRIOL. Un cas de goitre exophtalmique avec lésions oculaires graves (*Dauphiné méd.*, *mars 1897*).

Femme de 41 ans, atteinte de goitre exophtalmique depuis une année et d'accidents graves du côté de l'œil gauche depuis une quinzaine de jours. Il existait une luxation complète du globe qui sortait de l'orbite et paraissait

Digitized by Google

presque pédiculé ; à chaque contraction de l'orbiculaire, les paupières tendaient à se rapprocher derrière le globe et en étranglaient le pédicule.

La cornée s'était nécrosée dans son tiers inféro-interne ; à ce niveau il y avait perforation et enclavement de l'iris, sans que la pupille fut complètement obstruée. Peu de sécrétion conjonctivale ; pas d'infection de l'œil. Pas d'abolition complète de la vision. L'œil droit, quoique difficilement recouvert par les paupières, était sain.

La tarsorraphie fut d'abord pratiquée sur l'œil gauche, et chaque jour la malade ingéra un corps thyroïde de mouton. Malgré ce traitement l'exophtalmie s'accrut, les sutures palpébrales lâchèrent et l'œil droit commença à se luxer. Aussi, pour empêcher la destruction des deux yeux on tenta, de chaque côté, des sutures temporaires des paupières. Ces sutures échouèrent également et, en présence de la gravité menaçante des accidents, on se décida à pratiquer l'exothyropexie. Dans la nuit, la malade fut prise d'accidents bulbaires et succomba le lendemain. OZENNE.

I. — L. BLOTTIÈRE. Étude sur les traitements du goitre exophtalmique (*Thèse de Paris, 1897*).

II. — L. JURREL. Les accidents qui peuvent compliquer l'intervention chirurgicale dans le goitre exophtalmique (*Thèse de Paris, 1897*).

I. — B. rapporte 4 observations de goitres exophtalmiques guéris par différentes méthodes. Il montre qu'on devra toujours essayer d'abord le traitement médical : les bromures, la digitale; puis on tentera l'opothérapie par la thyroïde ou le thymus, l'hydrothérapie, l'électricité. Quand tous ces moyens auront échoué, on pourra recourir au traitement chirurgical. Mais il est impossible de reconnaître d'emblée un goitre médical ou chirurgical. Actuellement on ne peut encore formuler une règle de conduite générale. L'auteur espère que la résection du sympathique recevra plus d'extension.

II. — De ce travail qui renferme 28 observations, il découle que les interventions sanglantes peuvent être graves. La ligature des art. thyroïdiennes est souvent difficile, car elles sont déplacées; on a observé des hémorragies secondaires dues à la friabilité des vaisseaux. L'énucléation est rarement indiquée, souvent inefficace, quelquefois difficile. L'exothyropexie a provoqué la mort subite. La thyroïdectomie est l'opération la plus dangereuse. La résection du sympathique peut être suivie de récidive. VICTOR VEAU.

JACQUEMART. Des hémorragies post-opératoires dans la thyroïdectomie (*Thèse de Paris, 1897*).

Les hémorragies consécutives aux opérations sur le corps thyroïde, autrefois dues à l'infection, dépendent actuellement d'une hémostase imparfaite ou de la chute des ligatures. Leur abondance est parfois considérable. Si elles se produisent, il ne faut pas s'arrêter longtemps au tamponnement, mais débrider la plaie, pincer et lier les vaisseaux; plus rarement on aura recours à la ligature de la carotide primitive.

J. VANVERTS.

Digitized by Google

H. KUETTNER. Ueber die Lymphgefässe der Zunge (Vaisseaux lymphatiques de la langue et voies de propagation du cancer de la langue) (*26e Congrès de chir. Berlin, avril 1897*).

La richesse de la langue en vaisseaux lymphatiques explique la propagation rapide du cancer de cet organe dans les ganglions sous-maxillaires, cervicaux profonds et à distance. Ces vaisseaux partent de la ligne médiane, en réseau superficiel, pour gagner par les bords la face inférieure où ils forment un autre réseau qui se termine dans les ganglions sous-maxillaires et du cou ; ceux de la base de la langue vont aux ganglions carotidiens. L'extirpation du cancer de la langue doit s'accompagner d'ablation de tous les ganglions. A. C.

DELAGENIÈRE. De l'exploration intra-stomacale (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 209*).

D. rapporte l'observation d'une petite fille qui, à la suite d'ingestion de potasse caustique, présenta des phénomènes de rétrécissement de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage étant devenu impossible, il pratiqua une large ouverture de l'estomac. Il put ainsi reconnaître l'existence d'une masse cicatricielle réunissant le cardia au pylore et l'extirper. Il fixa ensuite la bouche stomacale à l'incision pariétale. Il put ensuite dilater progressivement le rétrécissement œsophagien. La guérison, rapidement obtenue, se maintenait parfaite dix-huit mois après. La bouche stomacale, qui ne déterminait aucune gêne, fut laissée en cas d'accident. J. VANVERTS.

John CLAY. A case of obtruction of the pylore and of stomach, etc. (*Brit. med. Journ., p. 205, 23 janv. 1897*).

Homme de 42 ans, se plaignant de vomissements répétés depuis plus de deux mois. Deux ans auparavant était survenue une tuméfaction du flanc droit, au-dessous de la région de la vésicule biliaire ; c'était un abcès qui s'était ouvert dans l'instestin. Les accidents aigus avaient cessé, mais depuis, la digestion avait été difficile et les vomissements, rares d'abord, étaient devenus continuels.

On pratique la gastro-jéjunostomie sans constater d'amélioration notable ; six jours après l'opération, le malade mourut. On trouva un estomac énormément dilaté, le pylore, le côlon et la vésicule biliaire réunies par des adhérences serrées ; la vésicule était remplie de pus et de calculs. Une bride résistante amenait un rétrécissement excessif du pylore, lequel communiquait par un trajet fistuleux avec la vésicule. Celle-ci communiquait par une autre fistule avec le duodénum ; le cholédoque était libre et perméable. H. R.

DE EISELSBERG. Zur Casuistik der Resectionen und Enteroanastomosen am Magen und Darmcanale (*Archiv f. klin. Chir., LIV, 3, p. 568 à 657*).

L'auteur a pratiqué personnellement, de mars à fin 1896, 40 opérations sur l'estomac et les deux intestins. Avant la description des cas, l'auteur passe en revue la technique générale : préparation, anesthésie, asepsie, soins post-opératoires.

Les diverses opérations se groupent ainsi :

A. Opérations sur l'estomac (22 cas avec 3 cas de mort) :

Digitized by Google

1° Pour rétrécissement pylorique :
5 pylorectomies (1 cas de mort) ;
12 gastro-entérostomies (2 cas de mort) ;
1 cas d'extirpation pylorique ;
1 cas de jéjunostomie ;
2° Pour d'autres causes :
1 cas de gastrostomie pour bezoar ;
1 cas de résection de la paroi stomacale pour myofibrome ;
1 opération de Heinecke-Mikulicz pour estomac en sablier (guérison).

B. Cas de résection avec entéro-anostomoses sur l'intestin grêle et le gros intestin pour iléus (invagination, volvulus), tumeurs, tuberculose, tumeur périthyphlitique (9 cas, avec 3 morts).

1er *groupe.* — Opération radicale par résection (5 cas, 3 morts).

2° *groupe.* — *a*) Extirpation partielle d'intestin pour carcinome (2 cas) ;
b) Extirpation totale (2 cas).

C. Opérations pratiquées sur les deux intestins pour fistule stercorale avec anus præternaturalis (9 cas, 7 guérisons). MARCEL BAUDOUIN.

Wold. FICK. Ueber Magenresection (*Arch. f. klin. Chir.*, *LIV, 3, p. 528 à 554*).

De novembre 1895 à décembre 1896 on a pratiqué à l'hôpital de Dorpat 6 fois la résection de l'estomac; 5 fois pour tumeurs malignes et 1 fois pour rétrécissement cicatriciel du pylore.

1° Femme, 30 ans; tumeur pylorique, finissant nettement au duodénum; pas d'adhérences; épaississement en forme de cordon du ligament gastro-hépatique. Résection; suture de Kocher; gastroduodénostomie. Survie du 15 novembre 1895 à septembre 1896;

2° Femme, 37 ans; tumeur dure occupant toute la région pylorique, s'étendant au delà de la petite courbure jusque près du cardia où l'on extirpa deux ganglions lymphatiques tuméfiés. Ligature comprenant le tissu pancréatique. Suture de Kocher. Survie opératoire 9 jours. Nécrose de la tête du pancréas;

3° Homme, 38 ans; tumeur occupant 1/4 de l'estomac, ganglions tuméfiés sur la grande courbure; pas d'adhérences, résection de la région pylorique. Suture de Kocher; gastroduodénostomie. Le côlon transverse, anémié et relâché dans une étendue de 8 centimètres ne présente pas de péristaltisme. 9 mois plus tard, gastro-entérostomie à cause de vomissements rebelles. Les renseignements complémentaires manquent;

4° Homme, 49 ans; tumeur pylorique, suture de Kocher; gastroduodénostomie. Guérison;

5° Femme, 43 ans; tumeur pylorique occupant 7 centimètres de la petite courbure, 10 centimètres sur la grande; pas d'adhérences; résection avec gastroduodénostomie de Kocher; guérison.

En résumé, dans les six cas : résection de Kocher, suture de Kocher qui est plus sûre et plus solide, permettant par conséquent l'alimentation immédiate par la bouche. Implantation du duodénum dans un orifice spécialement fait sur la paroi postérieure de l'estomac (gastroduodénostomie). Avant l'opération, on n'a pas fait de lavages répétés. L'auteur insiste sur le tamponnement de la cavité abdominale avant l'ouverture des organes, et donne les indications pour les diverses opérations.

MARCEL BAUDOUIN.

Digitized by Google

V. LEUBE. Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (*26e Cong. de chir. allem., Berlin, avril 1897*).

L'intervention dans les cas d'ulcère de l'estomac a donné les résultats suivants :

Sur 556 cas, on compte 12 morts : 6 par péritonite, 6 par hémorragie, 74 0/0 ont guéri, 21 0/0 ont été améliorés. Les indications de l'interventien sont : l'hémorragie répétée, les hémorragies profuses (si on a le temps d'intervenir), les douleurs violentes et les vomissements fréquents, les accidents d'inflammations périgastriques, enfin la perforation de la paroi dans la cavité péritonéale. A. C.

Christopher MARTIN. A case of rupture of the liver (foie) successfully treated by abdominal section (*The Lancet, p. 1271, 8 mai 1897*).

Le 4 mai, vers 2 heures après-midi, un garçon de 19 ans reçoit un traumatisme abdominal : quatre heures après l'accident, il se plaignait de douleur vive du côté droit de la poitrine, mais rien ne dénotait une blessure grave. La nuit fut assez bonne, mais le lendemain matin, l'état général était assez mauvais, et on constatait les signes d'une lésion abdominale : le pouls devint très rapide, la température s'éleva, avec abdomen distendu, face grippée : à 9 heures du soir, la température était à 39°,4, le pouls à 130 : point de vomissement ni d'hématurie, on opère aussitôt sous le chloroforme : une incision médiane donne issue à une énorme quantité de sang noir, et on découvre une rupture du foie, profonde de 0m,05, à la face inférieure du lobe droit, avec une péritonite au début : un lavage du péritoine évacue le sang épanché, et permet de retirer un fragment de substance hépatique entièrement détaché du foie. La déchirure du foie s'étendait tellement en arrière et vers le bord postérieur que la suture en était impossible, et que le tamponnement ne paraissait guère plus praticable : on essaya d'obtenir l'hémostase à l'aide d'une irrigation très chaude, le bassin fut drainé à travers une ouverture pratiquée au-dessus du pubis : un second drain fut établi en regard de la déchirure du foie. Par le drain inférieur, s'écoula durant plusieurs heures un liquide sanguinolent, tandis que le drain supérieur ne donnait issue à aucun liquide. La température s'abaissa progressivement, tandis que le pouls restait à 130-140. Puis l'état général s'améliora : les drains de verre furent retirés le 10 mai et remplacés par des drains de caoutchouc qu'on raccourcit chaque jour. Le 11, le patient fut atteint de pneumonie, avec fièvre modérée, mais toux pénible, et respiration très gênée : le 20, la température était revenue à la normale, et à partir de ce moment la convalescence fut rapide. Guérison complète. P. MAUBRAC.

Rushton PARKER. Rupture traumatique d'un kyste hydatique du foie : mort (*Brit. med. Journ., p. 781, 1897*).

Jeune fille de 17 ans 1/2. Tumeur abdominale du volume d'un utérus gravide de 6 à 7 mois, mais indépendante de l'utérus. Douleurs et aménorrhée depuis six mois. On pensa à une tumeur de l'ovaire. Les troubles digestifs disparurent, la santé redevint excellente, et la tumeur semblait ne pas augmenter de volume ; on s'abstint d'intervenir. Un an après, à la suite d'une chute, la malade fut prise de malaises et de vomissements et mourut une demi-heure après. Le foie renfermait 6 kystes hydatiques contenant des vésicules filles. J. VANVERTS.

Digitized by Google

H. DELAGENIÈRE. Cirrhose du foie et hépatoptose, hépatopexie et cholécystostomie; guérison (*Bull. Soc. chir.*, *XXIII*, *p. 232*).

Femme âgée de 30 ans, alcoolique, cachectique, présentant une tumeur abdominale qui se continue sur le foie et descend jusque dans la fosse iliaque droite. Il s'agissait d'une cirrhose du foie avec hépatoptose, sans ictère. D. fixa la face convexe du foie à la paroi abdominale et aux cartilages costaux par de nombreux catguts, placés suivant la méthode de Guyon, pour la néphrorraphie. Il créa ensuite une fistule cutanéo-biliaire. La bile renfermait un bacille analogue au bacterium coli.

La bile étant devenue stérile 20 jours après l'opération, on supprima le drain placé dans les voies biliaires, et la fistule se ferma spontanément en neuf jours. Grâce au régime lacté, que la malade consentit à suivre pendant un an, l'état général devint excellent et le foie, resté en la place où on l'avait fixé, reprit son volume normal.

D. insiste sur les résultats que peut donner la création d'une fistule biliaire temporaire, comme moyen de désinfection des voies biliaires, dans les différentes cirrhoses du foie avec ou sans ictère. Il est logique, en effet, de considérer ces cirrhoses comme une des conséquences de l'infection des voies biliaires, et, même en l'absence d'angiocholite suppurée, ces cirrhoses, dont la gravité est considérable et contre lesquelles le traitement médical est impuissant, deviennent ainsi justiciables du traitement chirurgical.

J. VANVERTS.

J. Bland SUTTON. Remarks on wandering spleens (*Brit. med. Journ.*, *p. 132*, *16 janv. 1897*).

La mobilité de la rate n'est pas une affection rare. Elle donne lieu presque toujours à des accidents d'engorgement splénique, qui s'exagèrent par la torsion du pédicule vasculaire de la glande, et peuvent aboutir à l'atrophie de cette dernière. Elle a de plus, pour conséquence, de déterminer des accidents réflexes du côté du pancréas, de l'estomac, des intestins et de l'utérus.

L'auteur rapporte des faits dans lesquels une rate hypertrophiée mobile a pu être prise pour un kyste de l'ovaire, un myome utérin, une obstruction intestinale.

Il en conclut à la nécessité d'une intervention chirurgicale qui, dans les conditions de mobilité de la rate, est toujours facile et ordinairement bénigne. La splénectomie offre moins de danger que la splénopexie.

H. RENDU.

Harold BROWN. Splenectomy for prolapse of the spleen..... (*Brit. med. Journ.*, *p. 133*, *16 janv. 1897*).

Un hindou reçoit un coup de corne de taureau qui lui déchire le flanc depuis la crête iliaque jusqu'à la 10e côte.

A travers la plaie se présente un organe volumineux qui tout d'abord est pris pour le foie, dont il a la couleur et le volume, mais qui est reconnu pour être la rate hypertrophiée. Au bout de quelques jours, la masse fongueuse se rétracte mais maintient béantes les lèvres de la plaie. On décide l'extirpation de l'organe. Incision oblique à deux pouces du bord interne de la plaie,

Digitized by Google

parallèle à cette dernière ; dissection des vaisseaux spléniques et section du pédicule ; puis, avec le doigt, détachement graduel des adhérences contractées par la rate, qui étaient très solides et très vasculaires. Résection de la 10e cote fracturée, en respectant la plaie. Guérison sans encombre. H. R.

GHETTI. Kyste séro-sanguin de la rate : splénectomie (*Gazz. degli ospedali, 4 oct. 1896*).

Une jeune et robuste femme, 12 jours après être accouchée de 2 jumeaux, ressent une douleur à l'hypochondre gauche qui l'oblige à rester quelques jours au lit. Pareil accident se renouvelle huit mois plus tard, avec persistance du point de côté. En juillet 1896, elle reçoit un coup sur le flanc gauche et s'aperçoit d'une tuméfaction douloureuse de cette région, à développement rapide. On décide de faire une incision exploratrice, et à l'ouverture de l'abdomen on constate que la rate est énorme, facilement énucléable, grâce à un pédicule assez long. L'organe est enlevé et la guérison survient heureusement.

L'examen du sang a montré, avant l'opération, un globule blanc pour 300 rouges : hémoglobine 85 0/0. Trois jours après l'opération, 15 globules blancs pour 300 rouges et 50 0/0 d'hémoglobine.

Au centre de la rate était un volumineux kyste contenant 950 grammes de liquide sanguin noirâtre. H. RENDU.

Heath STRANGE et Ernest WARE. Rupture de la rate : splénectomie; mort (*Brit. med. Journ., p. 1088, 1er mai 1897*).

Homme de 51 ans, ayant été autrefois atteint par les fièvres paludéennes, serré entre deux chariots. Amené à l'hôpital une demi-heure après l'accident, est en état grave (hémorragie interne) et se plaint de souffrir dans le ventre, surtout à gauche. Douleur extrême au palper de cette région avec matité. Une heure après l'accident, l'état ayant empiré, on pratique la laparotomie médiane. Le péritoine est plein de sang. La rate, déchirée au niveau de son bord antérieur, est enlevée. Malgré les injections intra-veineuses de sérum artificiel, le malade meurt avant la fin de l'opération. J. VANVERTS.

Alexis MARTYNOFF. La chirurgie du pancréas (*Thèse de Moscou, 1897*).

C'est la première monographie depuis celle de Senn (1886) sur la chirurgie du pancréas. Elle est basée sur 100 observations de cancer primitif de cet organe et sur 147 cas, dont plusieurs personnels, d'intervention chirurgicale sur cet organe.

Après une étude d'anatomie et de physiologie, l'auteur expose la séméiologie générale, la clinique des traumatismes et des hernies, celle des hémorragies, des affections inflammatoires, de la lithiase et de la tuberculose pancréatiques, des tumeurs kystiques et solides. Parmi les conclusions, citons la grande fréquence des indications à intervenir dans chacune des affections énumérées, les progrès faits pour le diagnostic de ces affections, l'inutilité des ponctions exploratrices dans les affections pancréatiques, la valeur de l'épreuve du salol dans les cas de cancer du pancréas, les avantages de la pancréatotomie postérieure dans les kystes

Digitized by Google

du corps du pancréas et de la cholécysto-entérostomie dans les cancers de la tête du pancréas sans métastases. Les craintes des antiseptiques chimiques pour la chirurgie pancréatique paraissent exagérées.

H. FRENKEL.

Harrison CRIPPS. Trois cas d'entéro-anastomose (*Med. Soc. of London, 22 mars 1897, in Brit. med. Journ., I, p. 777 et 785, 1897*).

1°. — Occlusion intestinale après hystérectomie abdominale. Anus artificiel. Dénutrition rapide, car l'ouverture intestinale était élevée. On essaie vainement d'obturer l'anus artificiel. Laparotomie et entéro-anastomose après résection de la portion qui était le siège de l'obstruction. Guérison, se maintenant trois ans après.

2°. — Tumeur du côlon transverse, adhérente à une anse de l'iléon. Ablation de la tumeur; résection du gros et du petit intestin; double entéro-anastomose. Mort le cinquième jour.

3°. — Anus artificiel pratiqué sur la partie terminale de l'iléon pour une invagination intestinale; l'état général était trop grave pour qu'on osât entreprendre une opération plus radicale. Quelques jours après, expulsion d'une anse intestinale sphacélée. En raison de la dénutrition consécutive, C. pratique l'anastomose latérale de la terminaison de l'iléon et du début du côlon ascendant. Guérison; l'anus artificiel se rétrécit considérablement.

J. VANVERTS.

C. ROUX (de Lausanne). De la gastro-entérostomie; étude basée sur les opérations pratiquées du 21 juin 1888 au 1er septembre 1896 (*Revue de gyn., I, p. 67, janv. 1897*).

Plaidoyer en faveur de la gastro-entérostomie rétrocolique postérieure en Y. R. montre, par la description minutieuse de la technique opératoire, des résultats obtenus, les avantages de ce procédé avec anesthésie par l'éther; il le compare aux autres méthodes et lui trouve une supériorité marquée. Voici les résultats statistiques des diverses opérations faites dans cette période de huit années :

Gastro-entérostomie simple de Wölfler.	8 cas	5 morts.
Gastro postérieure rétrocolique simple..	7 —	1 —
Gastro valvulaire postérieure	2 —	1 —
Gastro rétrocolique postérieure en Y....	29 —	6 —
Gastro antérocolique antérieure en Y....	2 —	2 —
Gastro rétrocolique antérieure (Courvoisier).....	1 —	» —
Gastro antérieure rétrocolique en Y.....	1 —	» —

Total : 50 cas et 15 morts.

A. C.

E. STABB. A case of acute intussucception of unusual origin (*St-Thomas's hosp. Rep., XXIII, p. 117*).

Un homme de 30 ans, vigoureux, est pris soudainement, une heure après son repas, de symptômes d'occlusion intestinale. On l'admet immédiatement à l'hôpital, et après une injection de morphine on constate la présence d'une tumeur mobile située dans la partie inférieure de l'abdomen. Le soir même,

Digitized by Google

laparotomie, qui fait reconnaître une invagination de l'intestin grêle à quelques pouces du cœcum. On peut assez facilement déplisser l'intestin invaginé, et l'on sent une petite tumeur qui était l'origine de l'invagination, une incision sur l'intestin permet d'enlever la tumeur et des sutures de Lembert sont appliquées sur le point incisé.

Pendant huit jours, aucun accident ne se produit, le malade semble guéri.

Le neuvième jour, la fièvre s'élève brusquement et on sent un point douloureux, avec une zône de matité circonscrite, au-dessous de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane. Une incision exploratrice fait tomber sur un foyer circonscrit rempli de matières fécales et on constate qu'il s'est fait une ulcération secondaire de l'intestin avec élimination d'une escharre fournie par la muqueuse intestinale. La plaie est drainée et pansée. Tout va bien pendant 8 jours.

Au bout de ce temps surviennent brusquement deux hémorragies intestinales énormes qui se font jour par la plaie. Malgré la faiblesse du malade, Stabb se décide à intervenir : après injection intra-veineuse préalable de cinq pintes de sérum contenant 2 onces de brandy, il ouvre le ventre et résèque tout l'intestin malade. Le patient supporte l'opération, mais succombe dans le collapsus, dix heures après. H. R.

D'ARCY POWER. The pathology of intussusception (*Brit. med. Journ., p. 381, 13 fév. 1897*).

Voici les conclusions de ces leçons très originales :

Les invaginations iléo-cœcales spontanées se produisent quand le côlon est beaucoup plus large que l'iléon, et anormalement mobile. Cette variété est très spéciale à l'enfance, et un développement aussi considérable du côlon implique, soit une anomalie congénitale, soit une croissance anormalement rapide, car au moment de la naissance le gros intestin et l'intestin grêle ont à peu près le même calibre. La valvule iléo-cœcale, plus lente à se développer, ne suit pas l'expansion du côlon, et peut aisément s'invaginer.

Les facteurs physiologiques consistent en mouvements péristaltiques irréguliers du gros intestin. L'auteur croit qu'il se fait dans l'intestin des mouvements spasmodiques brusques, analogues aux contractions qui surviennent dans les muscles des membres pendant le sommeil des jeunes enfants. La cause occasionnelle de l'invagination peut être fort variable : coups sur le ventre, chocs, efforts musculaires brusques, accès de toux, ingestion de quantités d'aliments trop considérables, etc.

H. RENDU.

Boyce BARROW. A case of chronic intussusception : resection, recovery (*The Lancet, p. 1411, 22 mai 1897*).

Un garçon de 11 ans, entre à l'hôpital le 24 février 1897 ; depuis deux mois, il a des douleurs dans l'abdomen, du côté droit ; ces douleurs reviennent par crises, et depuis deux jours, les crises paraissent toutes les vingt minutes et durent trois à quatre minutes ; au point douloureux est une tumeur qui devient plus grosse au moment de l'accès, pour diminuer sitôt après ; à aucun moment il n'y a eu de diarrhée ou de méléna. On trouve dans l'hypocondre droit, une masse grosse comme un œuf de poule, mobile, indépendante de la paroi abdominale, contiguë au foie et correspondant au siège de la vésicule

Digitized by Google

biliaire. Durant son séjour à l'hôpital, le patient présenta des crises douloureuses, accompagnées parfois de vomissements et même de selles sanglantes.

Le 18 mars, B. pratique la laparotomie ; la tumeur était formée par une intersusception de l'intestin au niveau de la valvule iléocœcale.

Elle mesurait 5 pouces de longueur, et était entourée d'adhérences englobant l'appendice. On dut la réséquer et on réunit à l'aide d'un bouton de Morphy l'iléon au colon. La guérison se fit sans incidents. Vingt-trois jours après l'opération, le bouton fut expulsé.

Il s'agissait en réalité d'une intersusception de l'intestin dans le cœcum, sur l'intestin existaient deux ulcérations tuberculeuses ; il n'y avait point d'obstruction, le doigt était admis librement dans le sommet de la partie invaginée ; les signes d'obstruction (vomissements et distension de l'abdomen) étaient plutôt dus à l'accumulatien de matières fécales au-dessus du rétrécissement.

P. MAUBRAC.

LOCKWOOD. Wound (blessure) of the mesentery with subsequent gangrene of the intestin (*The Lancet, p. 1413, 22 mai 1897*).

Un homme de 64 ans, dans une tentative de suicide se donne un coup de couteau dans le côté gauche de l'abdomen ; on le trouve baignant dans son sang, avec des anses d'intestin faisant hernie à travers la blessure.

Dès que le choc fut diminué, on pratiqua une laparotomie ; l'hémorragie venait de plusieurs blessures du mésentère ; la plupart de ces blessures étaient parallèles aux gros vaisseaux, mais l'une d'elles, longue de 2 pouces, était parallèle à l'intestin et à un centimètre et demi de cet organe. Cette blessure fut suturée ainsi que les autres ; mais lorsque le blessé succomba, au bout de deux jours, l'anse d'intestin située en regard de la blessure transversale du mésentère était gangrénée ou sur le point de l'être ; Lockwood, considère que la conduite la plus sage eut été de réséquer l'intestin en ce point.

Howard Marsh relate l'observation d'un homme qui, dans une chute de cheval, tomba sur un tas de pierres. Il n'y eut aucun symptôme durant vingt-neuf heures, et le patient alla à ses affaires le lendemain : tout à coup il tomba en état de collapsus. On ouvrit l'abdomen, et on trouva l'intestin, sur une longueur de plusieurs pieds, en état de gangrène. A l'autopsie on constate une large déchirure du mésentère, intéressant une branche volumineuse de la mésentérique supérieure, sans que cependant l'hémorragie ait été abondante.

Fred. Taylor mentionne le cas d'un enfant qui fut pris tout à coup de péritonite. A l'autopsie, on trouve une grande quantité de sang dans la cavité péritonéale, et 30 centimètres d'intestin gangréneux et plein de sang. La cause paraissait être une thrombose d'une branche volumineuse de l'artère mésentérique supérieure qui était calcaire.

P. MAUBRAC.

I. — CUTLER. A case of subphenic abscess (*Trans. of the of Amer. phys., 1896*).

II. — RABÉ. Abcès gazeux sous-diaphragmatique (*Presse méd., 28 avril 1897*).

III. — JOLLASSE. Abcès sous-diaphragmatique d'origine gastrique (*Berlin. klin, Woch., n° 6, p. 128, 8 fév. 1897*).

I. — Une fille de 39 ans souffrait de l'estomac depuis huit mois, lorsqu'elle éprouva, le 13 mai 1895, une douleur soudaine à l'hypochondre

Digitized by Google

gauche. On constate des symptômes de pleurésie de ce côté. La zone de tympanisme gastrique est diminuée. Leucocytose : 25600 globules blancs par millimètre cube. Fièvre, sueurs. L'auteur convoque un chirurgien qui refuse d'intervenir.

Le mois suivant, les douleurs persistent ainsi que les signes d'épanchement à gauche. Péricardite. Phlébite de la jugulaire externe gauche. Le 10 juillet, diarrhée ; le 14, vomissements, toux fréquente, fièvre, sueurs, albuminurie, indicanurie. Le 24, une incision pratiquée sur la ligne médiane permet d'atteindre un foyer purulent à gauche de l'estomac. Pour vider et transpercer l'abcès on incise dans l'aisselle et on résèque un fragment de la 8e côte. Mort le 2 septembre.

Pleurésie bilatérale ; sérosité et adhérences. Pas de tubercules pulmonaires. Cicatrices multiples de l'estomac.

II. — Homme, âgé de 42 ans, éprouve une douleur atroce au flanc gauche ; injection de morphine. Le lendemain, 38°,4, 96 pulsations, ventre ballonné sonorité de la région hépatique. La douleur au point de Mac Burney fait penser à une appendicite ; mais on apprend que le malade souffrait depuis trois semaines de violentes douleurs gastriques. Diète absolue ; pas de liquides ; lavements alimentaires.

Au bnut de quelques jours, lait glacé, qui réveille la douleur à l'épigastre. Rénitence spéciale à la limite de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. On revient aux lavements alimentaires. Bientôt voussure sonore à l'épigastre. Jamais de vomissements.

Le 16e jour de la maladie, on découvre un bruit de succussion. Le lendemain, incision verticale sur le bord du grand droit à gauche ; écoulement de 850 gr. de pus fétide ; on trouve une poche allant sous le diaphrame, fermée en bas par le grand épiploon. On ne découvre pas la perforation gastrique. Guérison rapide. Avant l'opération on a noté la densité élevée de l'urine (1033 à 1036) et la grande quantité d'urée : 30 à 35 gr. en 24 heures.

L. GALLIARD.

III. — Jeune fille de 19 ans, qui, après avoir offert des symptômes gastriques, avait, depuis une quinzaine, des points du côté gauche et de l'oppression. Une ponction exploratrice dans le 9e espace intercostal gauche, au niveau de la ligne scapulaire, révèle la présence de pus fétide.

Résection des 9e et 10e côtes gauches sur la ligne axillaire ; pas de pus dans la cavité pleurale. Une incision faite au diaphragme conduit dans une excavation de la grandeur des deux poings, remplie de pus et de caillots de fibrine. Cette excavation était limitée par la rate et le diaphragme. Après quelques jours d'amélioration, réascension de la température. En inspectant la cavité opératoire, on y découvre des adhérences récentes qui retiennent le pus. La rupture de ces adhérences est suivie de la cessation de la fièvre et d'une très grande amélioration dans l'état général. Trois jours plus tard broncho-pneumonie droite qui entraîne la mort au bout de quatre jours.

A l'autopsie, outre deux petits foyers de broncho-peumonie, on constate l'existence d'un ulcère cicatrisé, occupant le milieu de la petite courbure de l'estomac et d'adhérences avec la face inférieure du lobe hépatique gauche et le diaphragme. La rate, volumineuse, est en partie soudée à la paroi thoracique. La cavité de l'abcès n'était plus directement reliée à la cicatrice ulcéreuse de l'estomac, dont la séparaient les adhérences signalées. J. B.

DEFONTAINE. Procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus (*Arch. prov. de chir., VI, p. 80, fév. 1897*).

La hernie inguinale est abordée comme à l'ordinaire, le sac recherché, isolé et ouvert, l'épiploon réséqué, lié à la soie et rentré.

Digitized by Google

Respectant la paroi antérieure du canal inguinal, l'isolement du sac est continué avec l'index gauche très haut pendant que des tractions le tendent et abaissent tout le péritoine qui peut être amené. A ce moment on fend le sac près de l'anneau inguinal, l'index gauche est introduit dans le sac jusqu'au niveau de la cavité abdominale. Prenant alors une grande aiguille courbe à manche, on l'enfonce dans la paroi abdominale, en un point placé sur le prolongement de l'incision cutanée et à une distance qui correspond au point où est enfoncé l'index gauche. On dirige la pointe sur cet index, puis on traverse la paroi antérieure et la paroi postérieure du sac et on ramène la pointe par la plaie, toujours au contact de l'index qui s'assure qu'on n'a piqué ni l'intestin ni l'épiploon. On enfile alors dans le chas de l'aiguille deux crins de Florence qui ressortent au point où l'aiguille a piqué la peau. Une pince les y arrête. On réintroduit l'index gauche sous le sac tendu et on traverse de nouveau avec l'aiguille la paroi abdominale en dehors du sac. Son chas est enfilé avec l'extrémité inférieure d'un des crins qui traversent le sac et l'aiguille est retirée. La même manœuvre est exécutée de l'autre côté du point d'entrée des deux crins et permet de ramener à la peau l'extrémité inférieure de l'autre crin. Chacun d'eux est noué sur un rouleau de gaze. Le sac est réséqué au-dessous du point lié et on termine l'opération en fermant la plaie par des points cutanés.

Quarante-huit heures après l'opération, les deux crins comprimant le sac dans leurs anses sont coupés et enlevés. F. VERCHÈRE.

GAUTIER. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans ce travail, basé sur 100 observations, l'auteur montre que la hernie diaphragmatique, affection rare, s'observe 5 fois plus souvent à gauche qu'à droite. Elle se présente en général sans sac. Elle n'a pas de siège absolument fixe, mais elle se produit plus souvent à la partie postérieure du diaphragme.

Au point de vue clinique, la hernie ne se manifeste ni pendant la grossesse, ni pendant le travail, ni pendant l'accouchement. Le diagnostic chez l'enfant, repose sur la difficulté de la respiration, sur la perception du choc de la pointe du cœur à droite. La matité cardiaque présente la base du cœur sur une même ligne verticale que la pointe. L'insufflation est difficile, car l'air passe dans les voies digestives en produisant un bruit de gargouillement. Le thorax est sonore aussi bien à droite qu'à gauche. L'enfant asphyxie. La hernie coïncide ou non avec une malformation extérieure. Le traitement jusqu'à présent a été nul. VICTOR VEAU.

K. JOERSS. Ueber die heutige Prognose der Extirpatio Mammæ (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIV, 1 et 2, p. 101-130, 1896*).

L'auteur élucide la genèse des récidives locales après les opérations de cancer du sein. Il a pratiqué l'examen histologique du tissu adipeux du creux axillaire dans 8 cas de carcinome de la mamelle. Il résulte de ces recherches qu'en dehors des ganglions lymphatiques, le tissu adipeux du creux axillaire est peu imprégné de cellules cancéreuses et que la source principale des récidives locales se trouve dans le tissu

Digitized by Google

rétromammaire. Heidenhain a proposé avec raison de toujours enlever, au cours de l'extirpation du cancer du sein, une partie du grand pectoral, sinon le muscle entier.

Avec cette méthode, les récidives locales sont tombées de 57,9 0/0 à 40 0/0. Cette amélioration n'est pas due, comme on pourrait le croire, à la gravité moindre des cas opérés à partir de l'année 1890.

Rotter, qui a opéré d'après la méthode de Heidenhain, a compté 2 récidives locales et 6 guérisons radicales sur 10 opérations. Ce sont là des résultats très favorables. On n'hésitera pas à reconnaître la supériorité de l'excision plus ou moins grande du grand pectoral sur l'ancienne méthode moins radicale. MARCEL BAUDOUIN.

Arbuthnot LANE. An effectual methof of treating extensive malignant disease of the breast (Tumeurs malignes étendues de la mamelle) (*The Lancet, p. 904, 12 oct. 1895*).

Une femme de 29 ans était depuis 5 mois atteinte d'un carcinome volumineux du sein; la peau était adhérente et ulcérée.

Tout autour du sein, la peau présentait de petits nodules d'infection : on trouvait des ganglions pris dans l'aisselle et sous l'apophyse coracoïde. L'état général était excellent.

On fit une incision sur la clavicule, et l'artère et la veine sous-clavière furent liées au ras des scalènes : tout le tissu cellulaire et les ganglions du triangle susclaviculaire furent disséqués et enlevés. L'incision le long de la clavicule fut prolongée de 9 pouces parallèlement au sternum, sur la ligne médiane, un trait horizontal continua l'incision jusqu'à la ligne axillaire ; l'incision fut enfin prolongée jusque dans le creux de l'aisselle, où la rejoignit un trait descendant de la clavicule.

Sur le bras, on tire une incision allant du creux de l'aisselle au coude, où la croise une incision circulaire : la peau et le tissu sous-cutané du bras sont disséqués, en comprenant un large lambeau du deltoïde pour mieux assurer la vitalité de la peau disséquée : le membre supérieur est alors désarticulé ; le plastron cancéreux est disséqué et extirpé, et le lambeau cutané appliqué sur la cage thoracique, l'incision circulaire de la peau du bras au niveau du coude, venant se suturer avec la peau du thorax, au-devant du sternum. L'hémorragie fut très minime, et le patient guérit sans aucun incident pénible.

MAUBRAC.

Pearce GOULD. A case of spontaneous disappearance of secondary cancerous growth (*The Lancet, p. 1604, 5 déc. 1896*).

Une femme, âgée aujourd'hui de 44 ans, à la suite d'un traumatisme du sein gauche vit, 3 ans après, en 1888, se développer une tumeur qui fut enlevée en 1890. En 1892, la tumeur ayant récidivé, fut de nouveau extirpée. En 1894, nouvelle récidive et nouvelle intervention. En décembre 1894, nouvelle récidive dans la cicatrice, avec gêne de la respiration, au point qu'on jugea inutile d'opérer, à cause de la dissémination du cancer, et la malade fut admise dans un hôpital de cancéreux.

En mars 1896, la malade était obligée de rester assise sur son lit, elle toussait fréquemment et expectorait des mucosités abondantes et teintées de sang. On constatait de nombreux noyaux autour de la cicatrice, avec de volumineux ganglions dans les deux aisselles et sous la clavicule gauche ; le fémur était

Digitized by Google

douloureux et très volumineux au-dessous du trochanter. Le 15 juin 1896, on constatait une amélioration considérable ; les nodules autour de la cicatrice, les ganglions avaient beaucoup diminué, et la malade restait couchée sans gêne sensible ; la tumeur de la cuisse avait également diminué et la marche était possible.

La tumeur avait été examinée : c'était un squirrhe type.

Bowlby cite une femme atteinte de squirrhe du sein, et qui fut opérée à deux reprises pour récidive. De nombreux nodules se développèrent, le foie devint très volumineux, la malade devint jaune, cachectique, épuisée ; puis au bout de 4 mois, les noyaux ulcéreux développés dans la cicatrice commencèrent àdiminuer, le foie devint plus petit, la teinte jaune disparut et la malade engraissa; le fait est trop récent pour qu'on puisse se prononcer sur la guérison.

Savill rappelle que Stephen Mackenzie a rapporté un cas de sarcome de la peau des deux pieds ; un pied fut amputé et les tumeurs de l'autre pied entrèrent en involution. P. MAUBRAC.

TSCHMARKE. Ueber Verbrennungen (Les brûlures étendues) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLIX, 3 et 4, p. 346-392, 1896*).

D'une vingtaine de cas observés à la clinique de Sonnenburg, il résulte que toute brûlure est une plaie, qui peut occasionner une infection locale ou générale. Le traitement des brûlures doit tendre à éviter cette infection éventuelle. Le moyen le plus sûr est le nettoyage de la plaie et des parties voisines, l'ablation des vésicules formées, suivies d'applications de gaze iodoformée et l'usage d'un pansement aseptique.

Les lésions des reins, des poumons, du cerveau trouvées à l'autopsie des brûlés expliquent les symptômes observés pendant la vie, mais ne renseignent pas sur le mécanisme de la mort. La mort, qui survient après certaines brûlures étendues, paraît devoir être attribuée à l'abaissement réflexe du tonus vasculaire et à la paralysie qui en résulte. MARCEL BAUDOUIN.

I. — ARLOING. Quelques remarques sur le traitement des brûlures (*Gazette hebd. Paris, 1er nov. 1896*).

II. — BEAUXIS-LAGRAVE. De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures (*Ibid., 12 nov. 1896*).

I. — La cicatrisation des brûlures n'est pas plus rapide (plutôt moins) par le pansement à l'acide picrique que par la gaze iodoformée. Il a l'inconvénient d'être douloureux, de tacher le linge et il n'entrave pas la suppuration.

Le pansement à la gaze iodoformée est antiseptique ; il calme la douleur et il n'est contre-indiqué que quand l'étendue de la brûlure peut aire cra indre l'intoxication.

II. — La cicatrisation des brûlures, même sans désinfection préalable, est plus rapide avec le pansement picrique à 5 0/00 qu'avec tout autre pansement. L'acide picrique calme presque instantanément les douleurs et il a l'avantage d'être peu coûteux et suffisamment antiseptique.

LEFLAIVE.

Digitized by Google

MEDEIROS. De la greffe de Thiersch (*Thèse de Paris, 1896*).

L'auteur fait un parallèle des différentes greffes usitées. Celle de Thiersch est indiquée dans presque tous les cas où l'on pourrait songer à la méthode italienne, plus délicate et plus difficile. Elle permet, en une seule séance, de réparer les pertes de substance les plus vastes, les brûlures étendues du dos, par exemple, où les autres procédés ne peuvent être mis en œuvre. Les déviations cicatricielles des membres, les rétractions fibreuses dans les plis de flexion constituent autant d'indications. On ne craindra pas de l'associer à l'occasion, soit avec la méthode italienne, soit avec la méthode indienne; mais elle offre sur elle le grand avantage de la simplicité. L'auteur rapporte un certain nombre d'observations personnelles à l'appui de ses idées. VERCHÈRE.

H. LEHNE. Ueber seltenere Localisationen des uniloculären Echinococcus beim Menschen (*Archiv. f. klin. Chir., LII, 3, p. 534-563, 1896*).

Dans le 1er cas, il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, mort des suites d'un accident; on trouva à l'autopsie un kyste hydatique gros comme une noix, siégeant dans la cloison interventriculaire du cœur.

La 2e observation se rapporte à un pilote, qui fit une chute sur le dos; quatre mois plus tard, une tumeur se développait dans la région dorsale; on l'opéra; peu de temps après il succomba; l'autopsie montra qu'un kyste hydatique du volume d'une cerise était situé entre la dure-mère et la pie-mère médullaire; la moelle était complètement aplatie au niveau de la tumeur.

Enfin, le 3e cas a trait à une malade âgée de 25 ans, chez laquelle on avait remarqué le développement d'une tumeur du sein gauche, à la suite d'un accouchement. Au cours de l'opération, on vit qu'il s'agissait d'un kyste hydatique.

L'auteur conclut que l'échinocoque se propage le plus souvent par voie sanguine. Dans un cas, Lehne pense que l'échinocoque existait avant le traumatisme; quant au 3e cas, l'hyperémie de l'utérus, pendant la gestation, aurait facilité le développement du parasite.

MARCEL BAUDOUIN.

OPHTALMOLOGIE.

DRANSART. Troisième contribution au traitement chirurgical de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist. mai 1897*).

Depuis 1883, l'auteur a fait contre la myopie progressive à tous ses degrés élevés 164 iridectomies et 84 sclérotomies. De plus, dans le même but, il a pratiqué 5 fois la capsulo-actomie ténonienne et 3 fois l'extraction du cristallin avec iridectomie sur un œil, l'autre œil ayant subi simplement l'iridectomie. Ce traitement chirurgical a été suivi d'injections de pilocarpine et d'un traitement général tonique et anti-arthritique, avec correction de la myopie progressive par des verres pour la vision de loin et des verres pour la vision de près. L'astigmatisme a toujours été otta-

Digitized by Google

lement corrigé. Chez les jeunes sujets, l'auteur corrige complètement la myopie progressive après atropinisation. Chez ces derniers, les mêmes verres servent autant que possible pour la vision de loin et pour la vision de près, conformément à la pratique adoptée depuis dix ans pour le traitement de la myopie à ses premières périodes. Le but de cette correction est de s'opposer à la flexion de la tête sur le tronc qui est, d'après l'auteur, l'un des facteurs les plus puissants de la progression myopique et contre lequel il faut prendre toutes les mesures possibles et dans la manière de travailler et dans la manière de se baisser. Chaque soir l'instillation d'une goutte de pilocarpine au 1/100 complète ce traitement.

ROHMER.

DOR. De la correction totale de la myopie (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Dor rapporte, d'après ses notes, les résultats obtenus dans ces dernières années sur 19,568 malades, parmi lesquels il y avait 2,145 myopes, soit près de 11 0/0. A tous il a prescrit les lunettes correctrices, et sur ces cas il a pu en suivre 276 pendant une ou plusieurs années. Il donne comme exemples les détails sur 17 cas de myopies de 1 à 2 D, 23 de 2 à 6 D, 20 de 6 à 13 D, et 8 de 13 et au-dessus jusqu'à 30 D. Il résulte de ses recherches que, dans 28 cas sur 68, le port constant des verres correcteurs n'a pu empêcher l'augmentation de la myopie, mais cette augmentation peut être considérée comme le développement physiologique de la myopie, dû à la croissance de l'individu et à l'agrandissement normal de l'œil et, par conséquent, de son axe antéro-postérieur; en outre, dans 26 cas, la myopie est restée stationnaire et dans 17 elle a diminué. Il résulte, en outre, des faits publiés, que la correction totale de la myopie a une influence favorable sur l'acuité visuelle. En effet, si elle est restée stationnaire dans 38 cas, dont la plupart avaient V=1, il y a eu 27 fois une amélioration et seulement 9 fois une diminution, si fréquente, on le sait, lorsqu'on ne fait pas usage de verres convenables.

ROHMER.

PARENAGO. La sensibilité des couleurs chez les matelots. (*Thèse de S.-Pétersbourg, 1897.*)

1° La sensibilité des couleurs est sujette à des variations individuelles très considérables.

2° Les agents excitant le système nerveux : travail modéré, attention soutenue, tir, etc., augmentent cette sensibilité; l'ingestion d'aliments la diminue (congestion viscérale et anémie cérébrale).

3° La sensibilité des couleurs paraît être un peu plus grande à l'œil droit qu'à l'œil gauche; les variations, sous ce rapport, sont indépendantes du genre de vie, des occupations et de la culture intellectuelle.

H. FRENKEL.

Digitized by Google

MOTAIS. Nouvelle opération de ptosis (*Soc. franç. d'opht. et Ann d'oculist., mai 1897*).

Les opérations de ptosis habituelles qui ont pour but de rattacher le tarse au tendon du muscle occipito-frontal ne donnent qu'un résultat incomplet : dans le regard en haut la paupière ne s'élève pas. Etant donné que le muscle droit supérieur suit le même trajet, a la même innervation que le releveur et est entouré d'une même gaine fibreuse, l'auteur a emprunté à la partie moyenne du tendon droit supérieur une languette fibreuse médiane qu'il a suturée au niveau de la portion moyenne du bord tarsal supérieur, en empiétant sur la face externe du cartilage. L'opération se fait facilement par le cul-de-sac après retournement de la paupière. Il y joint l'excision d'un lambeau cutané antérieur. Le résultat plastique est excellent et le globe n'est nullement gêné par cette adhérence. ROHMER.

LÉVI. Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale (*Thèse de Paris, 1897*).

La dacryocystite congénitale n'est pas primitivement une inflammation du sac lacrymal. La persistance de l'état fœtal du canal lacrymo-nasal, à la naissance, produit un engorgement du canal et du sac par les masses d'épithéliums dégénérés, qui se font jour dans le coin de l'œil, sous l'aspect d'un magma épais et jaunâtre. L'infection survient secondairement et se traduit par la suppuration accompagnée de phénomènes réactionnels plus ou moins marqués. Ainsi comprise, la dacryocystite congénitale évolue normalement vers la guérison, sans tendance aux complications d'aucune sorte. On a classé dans le cadre de la dacryocystite congénitale des faits survenus secondairement à la suite de syphilis ou de tuberculose héréditaire et congénitale. On doit toujours combattre par les divers traitements médicaux toute dacryoscytite congénitale, en se rappelant que la guérison spontanée survient quelquefois après deux, trois mois et plus. Quand on aura décidé une intervention chirurgicale, on évitera les instruments de gros calibre, telle que la seringue conique de Weiss, on se servira de la sonde de Bowmann n° 1 sous le chloroforme. ROHMER.

AUGIÉRAS. Examen microscopique des sécrétions conjonctivales au point de vue clinique (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Sur 20 cas de catarrhe conjonctival, l'auteur a trouvé 22 fois des microbes dans les sécrétions. Le bacille trapu de Chibret s'y montre très souvent. Il a remarqué que la conjonctivite eczémateuse ne fournissait pas de microbes. Par contre, il a constaté la fréquence des filaments fibrineux. La sécrétion de cette conjonctivite n'est pas infectieuse pour la cornée. Il paraît difficile de soutenir avec Bach que les phlyctènes contiennent des microorganismes pyogènes, alors que l'existence de ces derniers est constante à leur surface. L'auteur pense que les vésicules

Digitized by Google

eczémateuses sont sous la dépendance d'une névrite périphérique toxique. ROHMER.

THILLIEZ. Dégénérescence adénoïde de la conjonctive (*Ann. d'oculist., mai 1897*).

Un jeune homme de 15 ans présente depuis un an environ une dégénérescence jaunâtre gélatineuse, semblable à une couche de cire sillonnée de fins capillaires de la conjonctive. Le maximum des lésions se trouve localisé sur le repli semi-lunaire et dans les culs-de-sac qui sont saillants sous la paupière. La conjonctive est épaissie au point de former des bourrelets qui recouvrent en partie la conjonctive bulbaire sans envahir la cornée. Le malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, présente en même temps des végétations adénoïdes de la région naso-pharyngienne. Les voies lacrymales sont saines et perméables, ce qui exclut toute idée de propagation par contiguité. C'est la première phase de cette affection à laquelle les auteurs qui l'ont rencontrée reconnaissent 4 périodes : multiplication adénoïde, dégénérescence hyaline, production d'amyloïde véritable, enfin, calcification et ossification. Le traitement a consisté en excisions répétées de la conjonctive; les cautérisations et la pommade iodoformée conseillées par Reich ont produit chaque fois des poussées congestives. La dégénérescence ne s'est pas reproduite aux points excisés. ROHMER.

H. COPPEZ. Des altérations cornéennes dans la diphtérie conjonctivale et de l'injection locale de sérum (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Si l'on injecte de la toxine dans la cornée d'un lapin, celle-ci se nécrose spontanément, ou bien la suppuration deviendra presque foudroyante. La toxine pénètre dans la cornée soit par les voies lymphatiques, soit directement par la surface antérieure de la cornée. La diffusion par la surface antérieure sera beaucoup facilitée si l'épithélium offre une érosion, ou s'il existe une taie récente qui laisse très aisément dyaliser la toxine. D'où cette conclusion, que la conjonctivite diphtéritique aura un pronostic d'autant plus sérieux qu'elle succèdera à une affection oculaire ayant gravement intéressé la cornée. Aussi l'auteur propose-t-il d'injecter le sérum antidiphtéritique directement sous la conjonctive. Ses expériences sur le lapin ont confirmé l'efficacité de la méthode. ROHMER.

E. AMMANN. Augendiphtherie und Heilserum (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 3, 1er fév. 1897*).

Sur les 6 cas de diphtérie oculaire traités par le sérum curatif dans les hôpitaux de Zurich, il en est 4 qui se sont terminés par la perte d'un œil ou même des deux yeux. Ammann en donne la relation. J. B.

NATANSON. Bindehaut-und Hornhautentzündung infolge Verletzung des Auges durch eine nehaarte Raupe (Inflammation de la conjonctive et de la cornée consécutive à des lésions de l'œil par des poils de chenille) (*Klin. Monats. f. Aug. juin 1897*).

L'auteur relate 2 cas dans lesquels, à la suite de la projection de grosses

Digitized by Google

chenilles sur l'œil, il survint une vive inflammation du globe, avec injection conjonctivale très vive, infiltration partielle de la cornée, avec éraillure de cette membrane, photophobie, larmoiement, etc. Dans l'un des cas, la maladie se calmait au bout d'une huitaine de jours, et chaque fois on découvrait un nouveau poil logé dans un cul-de-sac conjonctival, qui, par sa présence, irritait la cornée. Chez ces 2 malades, la lésion dura huit à neuf semaines, mais arriva à guérison complète, avec acuité visuelle normale et sans traces sur la cornée. Le traitement consista dans l'ablation des poils, des instillations de cocaïne et d'atropine et le bandeau. ROHMER.

BIARD. Étude sur la conjonctivite subaiguë (*Thèse de Paris, 1897*).

La conjonctivite subaiguë est une variété clinique spéciale, caractérisée par une hyperémie intense de la conjonctive palpébrale ; elle est due à un microbe spécial, le diplobacille de Morax, pathogène pour la conjonctive humaine ; c'est une affection fréquente et facilement curable, mais qui ne nous semble pas devoir rentrer dans la classe des conjonctivites contagieuses. Le diplobacille n'existe pas sur la conjonctive saine, mais sa présence dans les fosses nasales paraît constante. De nouvelles recherches permettront d'affirmer que le microbe peut suivre la voie ascendante pour pénétrer dans la conjonctive par l'intermédiaire du canal lacrymo-nasal. ROHMER.

HOTZ. Ueber die Werwendung Thiersch'scher Hautläppchen bei der Pterygium Operation (De l'emploi du lambeau do Thiersch dans l'opération du ptérygion) (*Klin. Monatsbl. f. Aug., juin 1897*).

Franke, pour guérir un plérygion, avait déjà appliqué un lambeau de Thiersch sur la cornée ; Hotz, pour éviter la tache cornéenne, entreprit la même opération, simplement sur la sclérotique et sans dépasser le bord cornéen. Pour cela, il dissèque la partie cornéenne du ptérygion, et, avec un couteau, libère simplement les adhérences sclérales de la conjonctive qui se rétracte. La petite plaie sclérale ainsi produite, est recouverte avec un lambeau de peau pris, avec le rasoir, derrière l'oreille, et mesurant seulement 3 millim. de large ; on suture son extrémité à la conjonctive et on applique un bandeau compressif sur les deux yeux. Au bout de 48 heures, l'adhérence est assez forte pour que le bandeau puisse être laissé de côté. Le lambeau a d'abord une teinte blanche due à la desquammation épithéliale ; plus tard, il devient rose et se confond avec la conjonctive. L'auteur recommande encore ce procédé contre le symblépharon consécutif à des brûlures, et surtout dans les rétractions cicatricielles consécutives au port d'yeux artificiels.

ROHMER.

DUFOUR. Ulcère rongeant de la cornée (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

L'affection débute par le bord de la cornée et elle progresse vers le

Digitized by Google

centre, limitée par un bord irrégulier. Il y a pas de sécrétion, ni de suppuration, car lorsqu'on examine attentivement le bord de l'ulcère, on constate qu'il est mince. C'est un ulcère sous-épithélial. La lésion s'étend en surface, non en profondeur, et malgré les traitements les plus variés, elle finit par atteindre la totalité de la cornée qui, à la suite, reste opaque. L'étiologie de cette affection reste obscure. Tous les moyens thérapeutiques locaux ont été essayés. Dans deux cas, l'auteur a retiré de bons effets de l'attouchement des parties malades, avec une solution alcoolique à 20 0/0 d'acide phénique, mais, dans un troisième cas, l'arrêt de l'ulcère ne s'est pas produit. ROHMER.

I. — BURCHARDT. Ueber die Körnerkrankheit der Lid-Bindehaut des Menschen (*Berlin. klin. Woch., p. 178, 22 fév. 1897*).

II. — BRANDENBURG. Ueber die Granulose und ihre Verhütung (*Hyg. Rundsch. VII, nos 6 et 7*).

III. — M. KIRCHNER. Die Bekämpfung der Körnerkrankheit (Trachom) in Preussen (*Berlin. klin. Woch., 1er et 8 mars 1897*).

IV. — J. HIRSCHBERG. Ueber die Körnerkrankheit in Ost-und West Preussen (*Ibid., 8 et 15 mars 1897*).

I. — Dans la couche épithéliale qui recouvre les grains trachomateux de la conjonctive, Burchardt a découvert des éléments tout à fait semblables aux corps du molluscum contagiosum décrits par Virchow. Entre les cellules épithéliales, reconnaissables à leur noyau, on aperçoit des éléments plus gros, formant une masse un peu granuleuse qui n'a ni membrane, ni noyau. Quant à la matière contenue dans les granulations elles-mêmes, il ne s'agit pas, comme on l'a dit, de leucocytes, mais d'éléments beaucoup plus petits, nullement ronds mais à contours irréguliers et ne présentant pas de noyau ; contrairement à ce qu'enseignent les classiques, ces amas de soi-disant cellules rondes ne sont pas toujours séparés de l'épithélium par une couche de tissu conjonctif ; il n'y a parfois aucun tissu interposé entre les deux. En moyenne, les corps molluscoïdes sont beaucoup plus volumineux que les éléments trouvés par Burchardt dans l'épithélium conjonctival, mais il en est aussi qui sont plus petits que les corps trachomateux les plus gros.

Burchardt espère que sa découverte permettra de résoudre enfin la question de l'unité ou de la dualité des conjonctivites folliculaire et granuleuse.

II. — De 1879 à 1892, l'armée allemande a compté en moyenne, par mille hommes d'effectif, 29,2 vénériens ; 7 galeux ; 5,1 typhoïdiques ; 3,43 tuberculeux, et 2,42 trachomateux ; durant cette période de 12 ans, la diminution de fréquence de la conjonctivite granuleuse a été continue, tombant de 6 à 1,8.

Brandenburg admet une étiologie et une nature identiques non seulement pour le catarrhe folliculaire, épidémique de la conjonctive et la conjonctivite granuleuse, mais aussi pour l'opthalmie blennorragique.

III. — En Prusse, l'ophtalmie granuleuse est endémique dans les pro-

Digitized by Google

vinces de l'Est, Prusses orientale et occidentale, Posen et Haute-Silésie; elle sévit aussi, mais à un degré bien moindre, dans la Prusse Rhénane et dans l'Eichsfeld (district d'Erfurt). L'endémicité dans les provinces orientales tient à des raisons multiples : voisinage de la Russie et de la Hongrie qui sont des foyers de la maladie ; pauvreté et alcoolisme de la population qui habite dans la plus grande promiscuité et la saleté la plus profonde, des logements encombrés et insalubres sous tous les rapports. L'ophtalmie granuleuse est colportée de l'Est à l'Ouest par les émigrations annuelles des ouvriers agricoles. L'école supérieure de filles de Demmin a été infectée par une élève dont le père occupait des moissonneurs venus de Posen.

Dès 1883, le gouvernement hongrois, inquiet des ravages faits par le trachome chargeait Feuer d'une enquête qui a fait découvrir 4 foyers de la maladie, dont le principal et l'originel se trouve dans la plaine comprise entre le Danube et la Theiss. Sous la direction de Feuer, 25 médecins et 3 hôpitaux spéciaux ont été institués pour le traitement des malades et des cours sont faits aux médecins du pays.

En 1895, le gouvernement prussien s'est préoccupé à son tour de la question et la Commission dont faisaient partie Kirchner et Hirschberg, a proposé un ensemble de mesures sur le même modèle qu'en Hongrie.

IV. — A Berlin, Hirschberg voit environ 14 cas de trachome sur 1000 malades atteints des yeux et la plupart ne sont originaires ni de la ville, ni même de la province ; à Bonn, on en compte 110 ; à Posen, 150 : à Kœnigsberg, de 270 à 400 sur 1000 affections oculaires ; à Dorpat, 500. D'après l'enquête à laquelle s'est livré Hirschberg, ce chiffre s'élève à 278 dans le Limbourg belge ; à 300 à Varsovie ; à 60 à Calcutta ; à 100 à Bombay ; à 140 à Tokio ; à 700 à Canton. L'affection est très répandue dans les 3 péninsules méridionales de l'Europe, en Egypte, en Syrie, en Algérie, en Tunisie et en Perse. Elle est inconnue à Ceylan. Les races mongolique et malaise sont aussi frappées que la sémitique, tandis que la race nègre jouit d'une immunité assez grande. La maladie a été importée en Australie comme elle l'a été dans l'Amérique du Nord où elle atteint surtout les Irlandais et les Scandinaves. Dans l'Amérique du Sud, c'est le Brésil qui est le plus décimé.

En Europe, il est incontestable que l'ophtalmie granuleuse se rencontre surtout dans les pays bas, humides ou marécageux et sur les côtes maritimes plates. On ne l'observe pas au-dessus de l'altitude de 600 mètres et la Suisse et le Tyrol en sont indemnes, tandis que la Finlande, avec ses lacs intérieurs, est l'un des pays où elle sévit le plus.

D'après Hirschberg, il serait possible que l'agent morbide se trouvât dans les eaux stagnantes. Chargé par le gouvernement de visiter les deux provinces de Prusse, H. a constaté que l'endémie y existe depuis des siècles. Il a examiné les yeux de tous les habitants, au nombre d'un millier, de deux villages de la Prusse orientale, où l'ophtalmie n'avait pas été signalée. Il en a constaté l'existence chez 10 pour cent de la population. La maladie fait plus de ravages dans les écoles rurales que dans les urbaines : de 20 à 48 0/0 avec 3 à 10 0/0 de cas graves, dans les premières, contre 10 à 15 0/0 et 1 à 2 0/0 de cas graves dans les secondes. Dans les villes, elle est plus commune et plus sérieuse dans les écoles primaires que dans les collèges. Dans aucune des écoles visitées, la

Digitized by Google

proportion des malades ne descendait au-dessous de 5 0/0. A Cologne, la proportion n'est que de 1 à 2 0/0 dans les écoles primaires.

Le traitement généralement en usage dans ces provinces est l'excision des parties malades; mais sur les lieux, H. a constaté des récidives ou plutôt des rechutes dans 52 pour cent des cas. Aussi préfère-t-il l'écrasement des granulations qui, tout en donnant un peu moins de récidives, laisse la muqueuse entière et est plus facilement accepté.

Dans les cas moins graves, on recourt au procédé des frères Keinig : frictions avec de l'ouate imbibée d'une solution de sublimé au millième. H. s'est assuré que ce traitement est plus douloureux sans être plus efficace que l'emploi du crayon de sulfate de cuivre ou de la solution du nitrate d'argent au centième. J. B.

ANTONELLI. L'iritis, suite de petites blessures (corps étrangers de la cornée) (*Ann. d'oculist.*, *mai 1897*).

L'iritis s'observe à la suite des plaies, ou des corps étrangers de la cornée; c'est une iritis infectieuse ou simplement toxique (irritation par agent toxique); il importe d'établir, à son égard, deux principes cliniques : Il faut toujours être réservé, dans le pronostic de ces accidents, car, même lorsque la plaie cornéenne guérit rapidement, l'iritis peut prolonger l'affection oculaire de plusieurs semaines. Pour prévenir l'iritis ou si elle doit se déclarer, pour en diminuer de beaucoup la gravité et la durée, il est indispensable d'atropiniser tous les yeux qui sont atteints d'une plaie plus ou moins récente de la cornée, toute minime soit-elle, qu'elle renferme ou pas, un petit corps étranger, qu'elle soit détergée ou tatouée par des grains de rouille ou autres. ROHMER.

AMMANN. Zur Iristuberculose (*Klin. Monats. f. Aug.*, *mai 1897*).

Il y a des cas de tuberculose de l'iris qui sont difficiles à diagnostiquer; l'auteur rapporte deux cas, où les yeux ayant été énucléés, on ne trouva dans les préparations, aucune trace de bacilles. L'inoculation dans la chambre antérieure de lapins, donna lieu à des iritis tuberculeuses, et les cultures de ces produits sur de l'agar et du sérum ne donna encore rien; par contre, l'inoculation sur des cobayes, donna lieu à des suppurations ganglionnaires dans le produit caséeux desquelles on put découvrir les bacilles. Il ne faut donc jamais conclure, avant d'avoir fait des inoculations sur les animaux. L'auteur pense aussi que les injections d'iodoforme dans la chambre antérieure peuvent avoir une influence favorable sur la lésion, lorsque celle-ci peut être directement atteinte par le médicament. ROHMER.

BERLIN. Ueber eine Bestimmung des Totalbrechungs index der Lins am lebenden Auge (Détermination de l'indice de réfraction totale du cristallin sur l'œil vivant) (*Graefe's Arch.*, *XLIII*, *2*).

Par des mensurations ophtalmométriques sur l'œil, l'auteur a cherché

Digitized by Google

à déterminer la surface postérieure du cristallin et son image de réflexion avec une lumière blanche et colorée; il se proposait de cette façon, de trouver l'index de réflexion totale de la lentille sur le vivant et de calculer en même temps les constantes optiques d'un œil sans le secours de valeurs schématiques. Les constantes optiques qu'il a trouvées sont les mêmes que celles de l'œil schématique de Listing et d'Helmholtz. Une exactitude assez grande des mesures ophtalmométriques permet de conclure que l'axe visuel (de la cornée à la rétine) a à peu près la même longueur sur l'œildisposé pour la vision au loin que sur celui qui accommode, soit 22,165 dans le premier cas, et 22,140 dans le second. ROHMER.

MUTERMILCH. Notes sur l'opération de la cataracte (*Ann. d'oculist., CXVII, juin 1897*).

Ce qui, après l'iridectomie, empêche l'infection par les germes pyogènes, c'est que l'humeur aqueuse, en s'écoulant, entraîne ceux-ci constamment au dehors; dans l'opération de la cataracte, par suite de la diminution du contenu du globe oculaire, la force expiratoire (expulsive) du globe oculaire doit notablement diminuer; pour empêcher que les liquides conjonctivaux qui renferment les microorganismes pathogènes ne soient aspirés dans la chambre antérieure, il est nécessaire d'effectuer l'expulsion du cristallin, moment le plus décisif de l'opération, par une pression continue, non interrompue. Le corps vitré faisant hernie dans la plaie offrirait plutôt une résistance considérable aux processus inflammatoires, qu'une tendance particulière à l'infection.

L'atropinisation de l'œil avant l'extraction de la cataracte, non seulement permet un diagnostic plus facile, mais évite les synéchies après l'opération, ainsi que l'iritis elle-même; elle conserve l'élasticité de l'iris ainsi que la contractilité; on évite ainsi les hernies iriennes, après l'extraction du cristallin. ROHMER.

GAYET. Du renversement temporaire de la cornée pour opérer à ciel ouvert sur l'iris et la capsule du cristallin (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

L'auteur incise la moitié de la cornée et la maintient retournée avec une pince spéciale. Le lambeau une fois rabattu, on a sous les yeux et à découvert toute la chambre antérieure; de cette façon, on peut opérer les iritis plastiques et anciennes, les cataractes coriaces, les tumeurs de l'iris. On peut mesurer le lambeau irien, le tailler et le retailler dans tous les sens, disséquer les tumeurs iriennes les plus volumineuses. Enfin, on peut à l'aide de tampons d'ouate épancher le sang, enlever les amas de sécrétions plastiques, absolument de la même manière que cela se pratique dans d'autres régions. ROHMER.

TERSON père. Sur un cas d'hémorragie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de cataracte (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Dans le cas observé, l'hémorragie sous-choroïdienne est restée intraocu-

Digitized by Google

laire et n'a abouti qu'au décollement partiel et stationnaire de la choroïde. L'extraction du cristallin achevée à travers une incision à grand lambeau, la plaie s'entrouvrit spontanément, laissant passer l'iris, comme si la grande hémorragie expulsive allait se produire. Un pansement compressif, immédiatement appliqué, fut laissé six jours en place; à ce moment, tout était normal, mais la vision nulle; l'ophtalmoscope montra le 13e jour l'existence d'un décollement bilobé de la choroïde, d'un rouge sombre, immobile, saillant dans le corps vitré. ROHMER.

CHIBRET. Du lavage de la chambre postérieure après l'opération de la cataracte par l'aspiration et l'injection simultanées (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Pour nettoyer les masses corticales, l'auteur utilise une seringue à injection et aspiration simultanées, construite sur ses indications par Aubry. Le liquide est injecté dans la chambre postérieure et repris par aspiration dans la chambre antérieure. Le modèle de cette seringue et son maniement sont ceux de la seringue d'Anel. Les inconvénients de l'injection simple dans la chambre postérieure sont compensés par l'aspiration, et réciproquement. Cette méthode nouvelle de nettoyage réussit dans des cas où les autres moyens se montrent inefficaces. Elle est applicable aux cataractes à maturité, mais se montre particulièrement efficace dans les cataractes molles ou d'une maturité incomplète. Elle réussit souvent à extraire des masses abondantes quand les autres procédés de nettoyage n'amènent plus de résultats et que la netteté de la pupille donne l'illusion d'un nettoyage complet. Elle contribue à l'amélioration de l'acuité post-opératoire tout en restreignant les chances d'infection et d'opérations secondaires. Le liquide injecté est de l'eau boriquée contenant 1 sur 20,000 de cyanure de mercure. ROHMER.

A. GRAEFE. Ein Fall von doppelseitiger Embolie..... (Embolie bilatérale de l'artère centrale de la rétine) (*Deutsche med. Woch., n° 14, p. 198, 25 mars 1897*).

Femme âgée de 68 ans que Graefe a suivie pendant deux ans. Au moment où cette malade se présenta à son observation, l'œil gauche présentait deux veines temporales à courant centripète interrompu d'espace en espace et une artère temporale à courant rétrograde et également interrompu. Un an après toute circulation avait disparu dans cet œil et en même temps la vision était complètement perdue. Du côté droit, l'embolie de l'artère centrale se produisit plus tard et suivit de quelque jours une attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté droit. H. DE BRINON.

Ch. STEDMAN. Lesions of the retinal vessels, retina and optic nerve, associated with gout (*Med. News, p. 578, 8 mai 1897*).

L'endartérite et l'endophlébite de la rétine se rencontrent de préférence chez les sujets atteints de formes atypiques de la goutte, plutôt que chez ceux qui présentent les symptômes classiques de la goutte aiguë.

La lésion du fond de l'œil est toujours bilatérale, quoique rarement

Digitized by Google

symétrique dans les deux yeux. L'angiosclérose générale et l'exsudation ponctuée qui se fait dans la rétine causent des troubles marqués de la vision centrale mais peu de troubles dans la vision périphérique : elles ne déterminent jamais la cécité complète. La perte de la vision centrale est progressive ; tout ce qu'on peut espérer, c'est voir s'arrêter la marche de la lésion. Au début de la maladie, les hémorragies rétiniennes sont exceptionnelles ; mais plus tard, lorsque les vaisseaux ont perdu leur élasticité à cause de l'épaississement de leurs parois, et sont devenus plus rigides, les hémorragies sont à redouter. L'ophtalmoscope permet de constater l'angiosclérose des vaisseaux de la rétine ; le microscope montre l'extension de la lésion au nerf optique et à la choroïde. Un autre symptôme est l'exsudation granuleuse, jaunâtre, de la rétine, localisée autour du pôle postérieur de l'œil, et laissant généralement la macula intacte; cette exsudation siège surtout dans la couche des fibres nerveuses, mais respecte la couche des cones et des bâtonnets. Les lésions des fibres du nerf optique paraissent généralement intraoculaires ; mais on a pu, dans quelques cas, démontrer leur existence à quelque distance en arrière du globe de l'œil. P. MAUBRAC.

MASSELON. De la chorio-rétinite cicatricielle dans le décollement rétinien tardivement guéri (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

L'auteur a constaté, après guérison du décollement : 1° qu'il ne subsiste presque aucune trace apparente de l'affection antérieure ; 2° qu'il existe des taches pigmentées sur un fond d'une coloration irrégulière, mais circonscrites à l'étendue qu'occupait antérieurement le décollement ; ce sont les seules altérations qui témoignent de l'affection primitive ; 3° qu'il s'adjoint à ces altérations une ou plusieurs stries blanches, étroites, le plus souvent dirigées horizontalement, garnies ou non de pigment, et occupant une étendue variable du fond de l'œil ; 4° indépendamment des lésions précédentes on observe une vaste bandelette blanche, pigmentée par places, et traversant horizontalement toute l'étendue du fond de l'œil visible à l'ophtalmoscope, en se soudant à la papille ou au staphylome postérieur. ROHMER.

JULES. Un cas de neuro-rétinite monoculaire syphilitique : examen microscopique (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Un homme de 52 ans était atteint et soigné pour la syphilis depuis deux ans ; il est pris d'irido-cyclite avec douleurs intenses qui nécessitent l'énucléation de l'œil, et font croire à une tumeur intra-oculaire. L'œil, durci dans le formol, montre une papille gonflée et la rétine adjacente très épaissie. Le nerf optique a presque 2 fois son épaisseur naturelle, ayant 6 millimètres de diamètre immédiatement en arrière du globe de l'œil. Il présente des stries longitudinales alternativement opaques et blanches, transparentes et grises. La pupille est oblitérée. Au microscope, la papille, la rétine, la choroïde et le nerf lui-même sont infiltrés de leucocytes, d'où inflammation, prouvée par le gonflement et par l'infiltration dense de leucocytes. De plus, des lésions cutanées et ulcéreuses montrèrent que c'était bien un cas de névrite de syphilis acquise. ROHMER.

Digitized by Google

STÖLTING. Ueber Retinitis hemorrhagica mit nachfolgendan Glaukom (*Graefe's Archiv, XLIII, 2*).

De l'étude d'un cas que l'auteur a eu occasion d'étudier il conclut que la lésion première siège dans les artères, soit endartérite chronique, soit sclérose, ou encore une embolie partielle d'une artère de la rétine. Leber et Wagenmann admettent que, dans cette dernière occurrence, le reflux du sang dans les veines occasionne l'hémorragie. Pour expliquer le glaucome consécutif, pas n'est besoin d'admettre dans tous les cas une obstruction des voies lymphatiques, mais seulement une altération chimique brusque des liquides de la chambre postérieure, alors que dans la chambre antérieure les liquides restent normaux. ROHMER.

FAGE. Les ruptures de la choroïde (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

En principe, il est assez difficile d'admettre un mécanisme identique pour des ruptures variables comme siège, comme direction et se produisant dans des conditions traumatiques différentes. Aux déchirures de la région antérieure, convient la théorie par action directe (de Ammon); celles de la région équatoriale peuvent s'expliquer par la voussure qui résulte à ce niveau de l'aplatissement de l'œil contre le fond de l'orbite (Arlt); quant aux plus fréquentes, celles situées au pôle postérieur, elles doivent être interprétées, selon Fage, non pas par la théorie du contre-coup (Knaff), mais par un mécanisme de distension qui s'explique de la façon suivante: au moment d'une contusion, l'œil est comprimé contre une des parois orbitaires; il en résulte une distension des membranes oculaires entre ce point et le nerf optique qui les fixe, et, consécutivement, une rupture de la choroïde d'autant plus aisée que cette membrane est en cet endroit peu extensible par suite de ses adhérences avec la sclérotique.

ROHMER.

NEESE. Sarcoma chorioideae carcinomatosum s. alveolare melanoticum (Du sarcome choroïdien carcinomateux ou alvéolaire mélanique) (*Graefe's Archiv XLIII, 2*).

L'auteur relate le cas clinique d'une tumeur née de la choroïde, en dedans et au bas du nerf optique, par une base de 8 millimètres de large adhérente à la sclérotique; en longeant toute la partie inférieure et interne du globe, la tumeur arrive en avant jusqu'à la zonule; sans la toucher, la rétine recouvre partout le néoplasme. La structure histologique montre des alvéoles. Après un historique de la question, et une étude histologique de son cas, l'auteur croit qu'il s'est développé aux dépens du feuillet moyen du blastoderme, et qu'il s'agit bien d'un sarcome avec alvéoles. Le point de départ de la tumeur serait la lésion de la choroïde, elle n'aurait que des rapports de voisinage avec la sclérotique. La récidive ou métastase peuvent apparaître de 1 à 15 mois après l'intervention. En tout cas, cliniquement, le sarcome carcinomateux appartient aux formes les plus malignes du sarcome. ROHMER.

Digitized by Google

Olin RICHEY. Gout and Rheumatism as factors in the etiology of glaucoma (*Med. news, p. 597, 8 mai 1897*).

L'augmentation de la tension intraoculaire dans le glaucome est due à la distension des vaisseaux sanguins, et plus rarement à un trouble de la sécrétion intraoculaire ; elle est associée à l'hypertension due à la sclérose et aux troubles fonctionnels du cœur. Toute forme de glaucome peut être considérée comme due à la goutte ou à la syphilis acquise.

L'iridectomie, après la première crise de l'attaque, réduit la pression intraoculaire et permet ainsi aux vasa vorticosa de se vider et de rétablir la tension normale. L'engorgement du fond de l'œil, dans le glaucome aigu, toujours en rapport avec la violence de l'attaque, montre l'origine vasculaire de l'affection. Pour Richey, le glaucome serait une ophtalmite interstitielle chronique, dont le facteur étiologique le plus important serait la goutte. P. MAUBRAC.

ROCHON-DUVIGNEAUD. De l'action des myotiques dans certaines formes de glaucome (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Les myotiques (ésérine, pilocarpine) peuvent être très longtemps et très complètement efficaces dans certaines formes de glaucome aigu; témoin deux malades qui depuis plusieurs années, avec une ou deux instillations quotidiennes de pilocarpine ou d'ésérine, gardent une acuité visuelle et une papille absolument normales. Au contraire, dans un cas de glaucome chronique simple, observé dès le début et avant toute modification papillaire, il s'est développé un début d'excavation, malgré des instillations quotidiennes de pilocarpine, et bien que, du reste, la vision reste encore absolument parfaite. Un nouveau myotique, le bromhydrate d'arécoline, extrêmement puissant, pourrait peut-être rendre des services là où la pilocarpine et l'ésérine échouent. Il est désirable que les myotiques deviennent aussi populaires que l'atropine. Leur emploi au début des attaques de glaucome éviterait souvent de graves complications ultérieures. ROHMER.

ABADIE. Nature du glaucome : explication de l'action curative de l'iridectomie (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Si l'on répète l'expérience classique de Magendie et de Snellen, la section intracranienne du trijumeau, dans le but de déterminer des troubles de la cornée, ces troubles ne se manifestent plus ou sont enrayés dans leur développement quand on coupe simultanément le sympathique cervical du même côté. C'est donc aux filets du sympathique qui longent ce tronc nerveux dans le crâne pour se rendre ensuite à l'œil par l'intermédiaire des nerfs ciliaires qu'il faut attribuer le rôle principal dans ces troubles nutritifs de l'œil. Dans l'iridectomie ce n'est pas l'excision de l'iris lui-même qui agit, mais bien l'excision d'une partie du plexus ganglionnaire qu'il renferme. La démonstration rigoureuse du bien fondé de cette explication théorique est facile à établir. Dans un glaucome aigu, si l'on excise simplement, comme cela est arrivé quelquefois, soit le sphincter pupillaire, soit la périphérie ciliaire de l'iris sans toucher à la zone moyenne qui contient le plexus circulaire, l'action opératoire n'a

Digitized by Google

plus aucune vertu curative. Si, par contre, on se contente d'exciser la portion irienne contenant les ganglions nerveux, en laissant intactes les portions sphinctériennes ou ciliaires, le malade guérit aussi bien qu'avec l'excision complète. ROHMER.

THOMAS. Essai sur le pronostic du glaucome primitif (*Thèse de Paris, 1897*).

Le glaucome, indépendamment de l'hypertonie, son caractère essentiel, présente des tendances dystrophiques du côté du nerf optique qu'il ne faut pas méconnaître, qui sont au maximum dans le glaucome chronique, au minimum dans le glaucome aigu et qui sont ce qui échappe à l'action curative de l'iridectomie. On ne guérit pas le glaucome comme on vide un fût en ouvrant un robinet ; les choses sont beaucoup moins simples. L'intervention donne : pour le glaucome aigu, 47,2 pour 100 de résultats favorables ; 52,3 de résultats défavorables ; pour le glaucome irritatif : 27,0 pour 100 de résultats favorables; 72,3 de résultats défavorables; pour le glaucome simple : 41,2 pour 100 de résultats favorables; 58,5 de résultats défavorables. L'auteur engage les ophtalmologistes à fournir le plus possible de cas de glaucome longuement observés et fait ressortir le fait connu de tous de l'insuffisance relative du traitement actuel du glaucome et la nécessité de chercher mieux encore.

ROHMER.

ANGELUCCI. Le traitement chirurgical et le pronostic de l'œdème de la papille dans les affections centrales circonscrites (*Revue gén. d'opht., mai 1897*).

L'auteur publie quatre cas de lésions cérébrales avec papillite dans les quels il est intervenu chirurgicalement non seulement pour arrêter l'œdème de la papille et améliorer la vision, mais aussi pour étudier dans chaque cas les effets de l'intervention chirurgicale sur la papillite. Les déductions sont les suivantes : 1) La papillite a diminué à la suite de l'opération soit radicale (extirpation du foyer), soit palliative (craniectomie), en même temps que la vision tend à augmenter. 2) Cette amélioration se maintient et progresse dans le cas d'extirpation du foyer, mais seulement dans l'œil où la névrite n'avait pas encore fait grand mal, tandis que dans l'autre œil l'amélioration du premier temps est suivie d'une aggravation du résultat obtenu. 3) Dans la décompression palliative la vision, d'abord améliorée après l'opération, diminue plus tard progessivement, de sorte que l'intervention radicale seule paraît pouvoir arrêter l'atrophie post-névritique. 4) Dans les yeux qui possèdent encore la perception lumineuse, l'amélioration de la vision peut atteindre la perception des objets. 5) Lorsque la perception lumineuse a disparu, l'opération cranienne ne donne plus de résultats pour la vision, et paraît alors tout-à-fait inutile au point de vue oculistique. ROHMER.

TROUSSEAU. Ophtalmie sympathique et galvanocautère (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

D'après les faits observés par l'auteur, et contrairement aux fait admis

Digitized by Google

sur les causes déterminantes de l'ophtalmie sympathique, l'emploi du galvanocautère sur l'œil sympathisant ne joue aucun rôle préventif et peut même provoquer l'éclosion de l'attaque redoutée sur l'œil congénère. Aussi faut-il être très prudent quand il s'agit de cautériser des hernies de l'iris.

L'auteur préfère toujours à cette opération la simple résection ou le désenclavement avec réouverture de la plaie, puisque le galvanocautère est dangereux et incapable de prévenir la sympathie, s'il ne la provoque pas. ROHMER.

J.-M. MARTIN. The localising value of optic neuritis in intracranial tumour (*The Lancet, p. 81, 19 juill. 1897*).

L'auteur a dépouillé 600 observations de tumeurs intracraniennes et il a constaté que ces tumeurs étaient surtout fréquentes chez les sujets masculins (68,8 0/0 des cas); la forme la plus commune est le sarcome; les gliomes et les tubercules sont à peu près d'égale fréquence, mais plus rares que les sarcomes. La céphalalgie est plus souvent absente dans les tumeurs de l'aire motrice et du corps calleux que dans les tumeurs qui siègent en tout autre point. En général, la tumeur et le strabisme interne qu'elle entraine parfois siègent du même côté.

La névrite optique est : 1° constante dans les tumeurs des corps quadrijumeaux; 2° présente dans 89 0/0 des cas de tumeurs cérébelleuses, et de tumeurs de la partie postérieure du cerveau; 3° absente dans près des 2/3 des cas de tumeur de la protubérance, de la moelle allongée et du corps calleux; 4° assez rare dans les cas de tubercules, et très commune dans les cas de gliomes et de tumeurs kystiques. P. MAUBRAC.

GALEZOWSKI. Sur une atrophie particulière des nerfs optiques, provoquée par une altération des vaisseaux lymphatiques (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Le mal débute par une lésion des voies lympathiques, amenant peu à peu la désorganisation des fibres visuelles, en les privant des éléments nutritifs, et entraînant à la suite l'atrophie successive de telle ou telle autre portion des fibres optiques, jusqu'à ce que le processus s'arrête dans sa route, ou qu'il aboutisse à une destruction du nerf. Chez les malades atteints d'atrophie papillaire, ressemblant sous beaucoup de rapports à des atrophies tabétiques, l'auteur a constaté les signes spéciaux propres à des lésions des voies lymphatiques des yeux. Chez l'un d'eux, les papilles sont pâles, mais les vaisseaux sont assez volumineux, quoique présentant au pourtour des lésions blanchâtres. Autour des vaisseaux, il y avait des infiltrations séreuses lymphatiques. ROHMER.

Treacher COLLINS. Atrophy of the optic nerve, etc. (Atrophie du nerf optique consécutive à l'exposition de l'œil à la lumière solaire directe) (*The Lancet, p. 1354, 15 mai 1897*).

Une maîtresse d'école âgée de 49 ans, en mai 1889, vers 5 heures après

Digitized by Google

midi, ayant par hasard remarqué autour du soleil un halo ayant les couleurs de l'arc-en-ciel, examina le phénomène dix minutes environ en se protégeant l'œil à l'aide de la main; ce halo fut constaté par diverses autres personnes.

En détournant les yeux, la maîtresse d'école vit deux disques jaunes sur l'herbe au devant d'elle, celui de l'œil droit formant un cercle complet, et celui de l'œil gauche un cercle avec une partie aplatie et même déprimée à l'intérieur. Ces disques jaunes devinrent bleus lorsque la patiente se trouva dans une chambre sombre ou regarda une nappe blanche. Ces disques disparurent le 3e jour, mais la vision resta amoindrie dans les deux yeux.

Le 7e jour la vision avait disparu à gauche. L'œil droit guérit incomplètement, il persista des troubles divers, brouillards, etc., l'œil gauche s'améliora à peine.

Cinq mois après le début, la vision de l'œil droit était de un tiers, tandis que l'œil gauche pouvait à peine distinguer les doigts à un mètre.

Six ans plus tard, la vision de l'œil droit égale 1 ; l'œil gauche perçoit les doigts à un mètre, avec un scotome très net pour le rouge. La papille était pâle, et les vaisseaux ne paraissaient pas diminués de volume; le fond de l'œil droit paraît normal jusqu'au moment où les yeux furent exposés à la lumière du soleil, la vision avait été parfaite.

T. C. suppose que chez cette malade, l'exposition au soleil a causé la destruction de quelques éléments de la rétine dans la région de la macula, et conséquemment l'atrophie des fibres nerveuses qui s'y terminent.

P. MAUBRAC.

Louis DOR. Traitement de l'ophtalmie sympathique par l'extrait de corps ciliaire (*Lyon méd. 27 juin 1897*).

L'idée qui a guidé l'auteur est la suivante : l'ophtalmie sympathique est une maladie dans laquelle l'humeur aqueuse devient coagulable par suite du passage anormal du fibrinogène et de l'albumine du sérum sanguin dont cette humeur provient. C'est dans le protoplasma des cellules qui tapissent le corps ciliaire que se trouve la substance qui a la propriété de filtrer le sérum et de le dépouiller du fibrinogène. Si donc on pouvait extraire cette substance des corps ciliaires d'animaux, peut-être pourrait-on espérer par l'instillation de l'extrait dans les yeux malades rendre à l'épithélium son rôle physiologique. C'est ce qui est arrivé dans deux cas relatés par l'auteur.

A. C.

DE WECKER. Du traitement des amblyopies toxiques (névrites rétro-bulbaires) par les injections de sérum (*Ann. d'oculist., juin 1897*).

Se basant sur ce que les lavages du sang ont une action efficace dans les cas de pyémie et de septicémie, l'auteur a pensé que le même effet devrait se produire dans les névrites rétro-bulbaires d'origine toxique (alcool, tabac, plomb, etc.). L'auteur injectait par jour 60, 80 et même 100 grammes de sérum de Chéron (pour 100 d'eau, 1 gr. d'acide phénique neigeux, 2 de chlorure de sodium, 3 de sulfate de soude et 4 de phosphate de soude). L'acuité visuelle remonte rapidement après trois ou quatre injections. Les intoxications de voisinage (sinus, etc.,) ne sont pas influencées par ces injections. Leur inconvénient est d'exiger un temps assez long pour les pratiquer.

Digitized by Google

Elles pourraient être utiles dans les hémorragies post-opératoires et les hémorragies des jeunes sujets. ROHMER.

STIEL. Beitrag zur Tuberculose des Auges (*Centralbl. für prakt. Augenh., mai 1897*).

D'un cas que l'auteur a observé, il conclue que la tuberculose du tractus uvéal, sous forme d'irido-choroïdite, d'irido-cyclite, de choroïdite chronique séreuse ou plastique, peut survenir sans manifestations spécifiques ; que la tuberculose du tractus uvéal et de la choroïde échappe à toute tentative thérapeutique (une intervention active semble plutôt aggraver les cas) ; enfin, que le diagnostic doit se baser sur l'état général Il faut tenir compte de signes certains de tuberculose dans l'organisme, aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement. S'il était possible, toutes les tuberculoses oculaires devraient être traitées, comme celles du poumon, dans des sanatoria, en essayant dans chaque cas une intervention prudente et pas nuisible. Quand il s'agit de tuberculose chirurgicale, il est bon d'enliser le mal. Mais il faut être prudent et ne pas oublier le précepte : *Nil nocere.* ROHMER.

ANTONELLI. Stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis (*Ann. d'oculist., mai 1897*).

La papille a une teinte pâle et grisâtre, blanc sale, en totalité ou en secteur, un bord légèrement flou ou déchiqueté, souvent entouré d'un cadre pigmentaire, total ou partiel. Quant aux vaisseaux, diminution du calibre des artères, augmentation relative du calibre des veines, irrégularités de ce calibre, effacement des bords, quelquefois de toute la largeur du vaisseau, surtout au moment où il traverse le bord de la papille, ou à peu de distance de ce bord. Quant à la région péri-papillaire, quelquefois légères suffusions rétiniennes, en différents endroits compris entre deux vaisseaux ; plus souvent teinte ardoise, dégradant vers la région équatoriale du fond de l'œil. Quand à cette dernière région, souvent pigmentation grenue, c'est-à-dire en pointillé très fin qui peut présenter toutes les différentes formes de passage vers la rétinite pigmentaire où la chorio-rétinite disséminée rudimentaire. Des altérations analogues de pigmentation ou de dépigmentation, diffuses ou tachetées, se montrent dans la région périphérique du fond de l'œil. ROHMER.

DE LAPERSONNE. Méningites à pneumocoques après l'énucléation et les opérations orbitaires (*Soc. franc. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant atteint de blessure de l'œil, chez lequel les accidents d'irido-cyclite suppurée nécessitèrent l'énucléation immédiate. Bien que toutes les précautions antiseptiques aient été prises, sans infection apparente de la plaie opératoire, une méningite aiguë emporta l'enfant au dixième jour. L'autopsie fit reconnaître un exsudat purulent très épais, à la base du cerveau, contenant le pneumocoque. Les résultats de l'autopsie, aussi bien que de l'expérimentation, ont démontré que l'infection s'était propagée par les voies lymphatiques de la gaine du nerf optique.

Digitized by Google

D'une façon générale, il faut s'adresser aux alcalins qui dissolvent l'enveloppe et empêchent le pneumocoque de cultiver. On pourrait avoir recours à une solution au 60e d'hypochlorite de chaux purifiée dans de l'eau stérilisée. Cette solution est bien supportée par la conjonctive.

ROHMER.

SANTOS FERNANDEZ. Injections sous-conjonctivales de cocaïne (*Ann. d'oculist., avril 1897*).

Des injections sous-conjonctivales de cocaïne à la dose de 0,02 à 0,04 centigrammes permettent de faire dans un grand nombre de cas des opérations telles que l'énucléation du globe, l'avancement capsulaire, la strabotomie et autres, sans que le malade ressente la douleur. Des doses de 0,05 à 0,10 centigrammes produiront l'analgésie pour tous les cas ; toutes les tentatives futures devraient avoir pour objet d'atteindre cette dose. ROHMER.

OSWALD. Moyens de lutter contre l'infection post-opératoire (*Soc. franç. d'opht. et Ann. d'oculist., mai 1897*).

Après nombre de tentatives infructueuses, et échec des autres moyens proposés en pareil cas, tels que galvano-cautérisation, lavages intra-oculaires, injections sous-conjonctivales, etc., l'auteur propose l'introduction, dans la chambre antérieure, de poudre d'iodoforme. Pour cela, il fait usage de petits crayons, ayant la forme de fuseaux ou de petits pains aplatis et contenant de 20 à 25 milligrammes de poudre. Grâce à l'introduction de ces petits fuseaux d'iodoforme qui mettent 4 à 5 semaines pour être résorbés, l'auteur a pu sauver et rétablir complètement nombre d'yeux de lapins infectés auparavant avec des staphylocoques dorés extrêmement virulents, tandis que les yeux de contrôle ayant reçu une dose de microbes moitié moins forte se perdaient plus ou moins rapidement par panophtalmie. ROHMER.

HJORT. Offene Wundbehandlung bei Augenoperation (Du traitement à découvert des opérations sur l'œil (*Centralbl. f. prakt. Augenh., mai 1897*).

L'auteur, après antisepsie convenable de l'œil. ne met aucun pansement aprés l'opération, quelle qu'elle soit; il laisse l'œil complètement à découvert, et se loue fort de cette façon de faire. En deux ans, il a fait, avec de bons résultats, 186 opérations de toute sorte, dont 112 ouvertures de l'œil. 52 opérations de cataracte ont donné 4 hernies de l'iris, et pas de hernie du corps vitré. L'avantage est d'éviter au malade l'ennui du bandeau, et l'entropion de la paupière inférieure chez les vieillards; on peut aisément, et à chaque instant, nettoyer l'œil. Malades et infirmières se louaient fort de cette façon de faire. ROHMER.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1897.

A

Abcès. — Bonnand. Variété d'abcès gazeux produits par des microbes gazogènes. (*Thèse de Lyon.*) — Gayet. Contribution à l'étude des abcès gazeux. (*Gaz. des hôp.*, 29 juin.) — Finkelstein. Sur les abcès sous-diaphragmatiques. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Mc Naught. Abcès sous-phrénique suivi d'empyème. (*Brit. med. j.*, 22 mai.) — Nacciarone. Les abcès sous-diaphragmatiques. (*Riforma med.*, 12 mars.) — Merklen. Abcès froid ganglionnaire de la cuisse gauche en voie de guérison par crétification du contenu. (*Soc. anat. Paris*, 2 avril.)

Abdomen. — Termet. La cavité de Retzius et sa pathologie. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Gérard. Les abcès de la paroi abdominale antérieure, étiologie, symptômes et diagnostic. (*Gaz. des hôp.*, 7 août.) — Porter. Des tympanites. (*Med. News*, 31 juill.) — Bouilly. De l'ascite des jeunes filles. (*L'Abeille méd.*, 26 juin.) — Lauquin. De l'ascite chyleuse. (*Thèse de Lyon.*) — Lennander. De la compression temporaire intra-abdominale de l'aorte dans les opérations sur l'abdomen et le bassin. (*Cent. f. Gyn.*, 1er mai.) — Chadwick. Esquisse historique sur la chirurgie abdominale. (*Boston med. Journ.*, 6 mai.) — Guinard. Contusions de l'abdomen. (*Rev. intern. de thérapeutique*, 16 mars.) — Fargier. Des hématomes rétro-péritonéaux dans les contusions graves de l'abdomen. (*Thèse de Lyon.*) — Malmejac. Boutonnière exploratrice du péritoine dans les contusions de l'abdomen. (*Thèse de Paris.*) — Robson. Plaie de l'abdomen, lésion de la veine mésentérique supérieure, ligature, transfusion. Guérison. (*Brit. med. j.*, 10 juill.) — Dieulafoy. Pulsations abdominales simulant un anévrisme de l'aorte, (*Journ. méd. et chir. prat.*, 10 juin.) — Bireaud. Des fibromes de la paroi abdominale antérieure. (*Thèse de Bordeaux.*) — Noirot. Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure. (*Thèse de Paris.*) — Roncali. Recherches microbiologiques sur une tumeur de l'abdomen. (*Cent. f. Bakt.*. 1 *Abth.*, XXI, p. 517, et *Riforma med.*, 4 mars.) — Kirmisson. Des vices de conformation consécutifs à la persistance du diverticule de Meckel. (*Bull. méd.*, 19 mai.) — Hearn. Tumeur kystique de l'abdomen chez l'homme.

Digitized by Google

(*Ann. of surg.*, juin.) — Ashton. Nouveau traitement pour les trajets fistuleux de la paroi abdominale par les ligatures infectieuses. (*New-York med. j.*, 24 avril.) — Rendu. De l'utilité de retarder le premier pansement de Mikulicz dans les plaies abdominales. (*Lyon med.*, 15 août.) — Lauenstein. Du tamponnement préventif temporaire dans les opérations sur les organes de la cavité abdominale. (*Cent. f. Chir.*, 19 juin.) — Engstrom. De la paralysie intestinale après les opérations dans la cavité abdominale. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 399.) — Russell. Emphysème post-opératoire de la paroi abdominale. (*Americ. j. of Obst.*, avril.) — Vanschengel. De l'éventration post-opératoire. (*Thèse de Lille.*) — Bovee. Les causes de la mort en chirurgie abdominale et leur traitement. (*J. Amer. med. Ass.* 19 juin.)

Acanthosis. — Jacquet et Delotte. Acanthosis nigricans chez un sujet indemne de carcinomatose. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 210.) — Boeck. Un cas d'acanthosis nigricans (dystrophie papillaire et pigmentaire). (*Norsk Magasine*, mars.) — Collan. Un cas d'acanthosis nigricans (dystrophie papillaire et pigmentaire). (*Finska läkar. handlingar*, mars.)

Accouchement. — Viridarski. Compte rendu décennal de l'Institut clinique d'obstétrique de Saint-Pétersbourg. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Gessner. Physiologie de la période des suites de couches. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 16.) — Kosminski. Des soins aseptiques dans les opérations obstétricales. (*Cent. f. Gyn.*, 24 juill.) — Malsbery. De l'assistance de la mère pendant les premiers jours après la parturition. (*J. Amer. med. Ass.*, 15 mai.) — Sylvanski. Lésions des muscles de l'utérus après les couches. (*Thèse de Kharkow.*) — Clark. Valeur obstétricale de la pelvimétrie. (*Ann. of gyn.*, juill.) — V. Braun-Fernwald et Huebl. De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 477.) — Holzapfel. Mensuration de la température chez les accouchées. (*Cent. f. Gyn.*, 10 juill.) — Sarway. Des températures rectales chez les accouchées. (*Ibid.*, 24 juill.) — Wichmann. La fièvre dans l'accouchement et les suites de couches. (*Thèse de Berlin.*) — Cocq. Quelle est la position la plus favorable au travail de la parturition? (*J. méd. Bruxelles*, 22 juill.) — Sandberg. Le diagnostic du travail de la parturition par l'examen externe. (*J. Amer. med. Ass.*, 22 mai.) — Jardine. Hymen conservé chez une femme en travail. (*Scottish med. j.*, juin.) — Denys. Sur les différents procédés de mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine. (*Thèse de Paris.*) — Constans. Des principaux moyens destinés à évaluer le volume du fœtus dans la cavité utérine. (*Thèse de Paris.*) — Chavoix. Inversion utérine complète après l'accouchement. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juill.) — Audebert. Hémorragie post-partum due à la déchirure de la région vestibulo-clitoridienne. (*Ibid.*, 13 juin.) — Fieux. Observation de travail prématuré arrêté par la quinine chez une paludique. (*Ibid.*, 4 juill.) — Cholmogorow. Rupture de l'articulation du pubis pendant les couches. (*Vratch*, 20 mars.) — Mueller. Accouchement avec utérus cloisonné. (*Thèse de Marbourg.*) — Porak. Insertion vélamenteuse du cordon vers le pôle inférieur de l'œuf. (*J. de méd. Paris*, 2 mai.) — Fieux. Procédé très simple d'insufflation directe chez le nouveau-né. (*Presse méd.*, 28 avril.) — Doléris et Lenoble. Rupture du sinus rétro-périnéal et perforation rectovaginale. (*J. de méd. Paris*, 9 mai.) — Rivron. De la rupture du sinus circulaire. (*Thèse de Paris.*) — Barry. Infarctus pulmonaire après la délivrance. (*N.-York med. j.*, 12 juin.) — Madden. L'emploi du seigle ergoté en obstétrique. (*Lancet*, 29 mai.) — Pollock. De la présentation de l'épaule. (*Glasgow med. j.*, juin.) — Kamiloff. Du dégagement de la partie sus-ombilicale du fœtus dans une présentation

Digitized by Google

du siège ou après une version. (*Thèse de Montpellier.*) — STEWART. Position occipito droite postérieure de la tête. (*Americ. j. of Obst.*, avril.) — GRANVAL. Des antéversions et des latéroversions utérines au point de vue obstétrical. (*Thèse de Paris.*) — SCHNEIDER. Des impressions craniennes dans les bassins étroits. (*Thèse de Wurzbourg.*) — DREYER. Sur la présentation de la face. (*Norsk Mag.*, mars.) — RUBESKA. Sur le développement de la tête dernière. (*Cent. f. Gyn.*, 15 mai.) — V. HERFF. De la cléiodotomie dans le développement de la tête dernière. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 542.) — BLOC. Du siège décomplété, mode des fesses. (*Thèse de Paris.*) — GUÉRIN. Des difficultés que l'on peut rencontrer au cours de la version podalique par manœuvres internes. (*Thèse de Montpellier.*) — OSTERMAYER. Kyste dermoïde, cause de dystocie, craniotomie, incision du sac, guérison. (*Cent. f. Gyn.*, 29 mai.) — FIEUX. Quelques cas de rigidité dite spasmodique du col traités par la rupture des membranes. (*Ann. de gyn.*, juin.) — FIEUX. Version appliquée à un cas de rétrécissement du bassin, extraction facile, mort de l'enfant au 3e jour. (*Ibid.*, mai.) — HERGOTT. Un cas de putréfaction fœtale. (*Ibid.*, mai.) — BUDIN. Rétrécissement du bassin, accouchement à terme, version, enfant vivant. (*Soc. obst. de France*, 23 avril.) — GOURDET. 4 cas d'application du préhenseur levier mensurateur de Farabeuf. (*Gaz. méd. Nantes*, 17 juill.) — STUHL. Emploi du forceps au bassin supérieur. (*Thèse de Berlin.*) — GILLESPIE. Forceps dans les positions occipito-postérieures. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — FOCHIER. Sur les applications de forceps dans les cas de présentation du pariétal postérieur. (*Soc. obst. de France*, 24 avril.) — BLOC. Étude statistique sur la présentation du siège décomplété mode des fesses. (*Ibid.*) — MECHAN. Dystocie par kyste congénital des reins. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — MACLENNAN. 2 cas de dystocie par brièveté du cordon. (*Ibid.*, 21 août.) — PUECH. Des états anormaux du tronc fœtal comme complication de l'accouchement. (*N. Montpellier méd.*, 1er et 8 mai.) — BRINDEAU et GEORGHIU. Sur un cas d'hydramnios dû à un sarcome du rein du fœtus. (*Soc. obst. de France*, 24 avril.) — MACHENAUD. Cloison transversale du vagin formant obstacle à l'accouchement. (*Arch. de méd. nav.*, juill.) — KONARJEWSKI. Statistique des perforations pratiquées à l'établissement obstétrical de Saint-Pétersbourg de 1885 à 1895. (*Thèse de St-Pétersb.*) — AUDEBERT. Pansement du cordon. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 mai.) — SCHAEFFER. Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. (*Therap. Mon.*, juill.) — ZWEIFEL. De la cranio-céphaloclasie. (*Cent. f. Gyn.*, 8 mai.) — IZAC. Que faut-il penser de la symphyséotomie. (*Thès de Toulouse.*) — EARLE. Symphyséotomie. (*Medicine*, juin.) — MICHEL. Le decubitus acutus comme complication dans la symphyséotomie. (*Thèse de Paris.*) — BLEYNIE. Quelques remarques sur la symphyséotomie à propos de 5 opérations pratiquées à la maternité de Limoges, 4 succès. (*Limousin méd.*, mai.) — AYERS. La symphyse pubienne dans l'accouchement, obs. de symphyséotomie et de rupture spontanée ou traumatique. (*Amer. j. of Obst.*, juill.) — SCHARFF. De la symphyséotomie. (*Thèse de Wurzbourg.*) — ENGELMANN. Remarques sur la symphyséotomie. (*Boston med. Journ.*, 8 juill.) — POMEROY. Un cas de symphyséotomie. (*Ibid.*, 8 juill.) — CRIMAIL. Symphyséotomie, rétrécissement de 8 centimètres, opération faite dans de très mauvaises conditions. (*Ann. de gyn.*, juin.) — MURILLO. Obs. de la 1re symphyséotomie. (*Ibid.*)

Acné. — CHAILLOUS. Acné hypertrophique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 66.) — EHRMANN. Le traitement de l'acné. (*Ther. Woch.*, 9 mai.) — BORDIER. Nouvelle méthode de traitement de l'acné. (*Arch. d'élect. méd.*, juill.)

Acromégalie. — PINELES. Rapports entre l'acromégalie et le diabète. (*Allg.*

Digitized by Google

Wien. med. Zeit., 8 juin.) — Denti. L'acromégalie et ses rapports avec l'appareil visuel. (*Gaz. med. Lombard.*, 10 mai.) — Schlesinger. L'acromégalie et les états similaires. (*Wien. klin. Woch.*, 13 mai.) — Schmidt. Skiagraphes d'acromégalie. (*Medicine*, juill.) — Eichhorst. Obs. d'acromégalie. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er fév.)

Actinomycose. — Poncet et Bérard. De l'actinomycose humaine particulièrement en France. (*Cong. Assoc. franç. St-Étienne*, août et *Gaz. des hôp.*, 19 août.) — Bucking. De l'actinomycose. (*Chicago med. Times*, mai.) — Duguet. Un cas d'actinomycose bucco-faciale guérie. (*Presse méd.*, 12 mai.) — Parascandolo. Toxicité de l'urine et alcalinité du sang dans un cas d'actinomycose du sein. (*Gaz. d. Osped.*, 30 mai.) — Aribaud. Actinomycose du foie. (*Thèse de Lyon.*) — Viannay. Actinomycose appendiculo-cœcale. (*Lyon méd.*, 20 juin.) — Gangolphe et Duplant. Typhlite et appendicite actinomycosiques. (*Rev. de chir.*, juin.) — Dandois. Diagnostic et traitement de l'actinomycose. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.)

Addison (Mal. d'). — Pfeifer. De la maladie d'Addison. (*Thèse de Fribourg.*) — Boinet. 10 nouveaux cas de maladie d'Addison expérimentale chez le rat d'égout. (*Soc. de biol.*, 10 mai.) — Kuhn. Observation de maladie d'Addison. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — Hadra. Guérison d'un cas de maladie d'Addison atypique par l'ablation d'une capsule surrénale tuberculeuse. (*26e Cong. de chir. Berlin.*)

Albumine, urie. — Gillespie. Albumine acide et alcaline. (*Rep. laborat. roy. college Edinb.*, VI, p. 167.) — Bang. Du groupe des hydrates de carbone dans la leuconucléine. (*Deut. med. Woch.*, 20 mai.) — Husche. Sur le trouble uratique, dans la recherche de l'albumine suivant le procédé de Heller. (*Wiener med. Woch.*, 12 juin.) - Fiquet. Des dérivés protéiques des albuminoïdes naturels. (*Thèse de Paris.*) — Lépinois. Action de l'iode sur les matières albuminoïdes. (*J. de pharm.*, 15 juin.) — Lacour. Albuminurie intermittente cyclique familiale. (*Lyon méd.*, 20 juin.) — Viardot. De l'albuminurie cyclique, complications oculaires. (*Thèse de Paris.*) — Goudard. De l'albuminurie diabétique et de son traitement. (*Ibid.*) — Dobrovolski. Sur l'albuminurie des femmes enceintes, des femmes en couches et après l'accouchement. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Patay. Albuminurie grave sans éclampsie. (*Soc. obst. de France*, 23 avril.) — Deriaud. Étude de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de mythylène dans les différentes formes cliniques de l'albuminurie. (*Thèse de Paris.*) — Lemoine. De l'action du bleu de méthylène sur l'albuminurie. (*Soc. de biol.*, 1er mai, et *Nord méd.*, 1er juin.) — Flensburg. Pronostic de l'albuminurie transitoire. (*Skandinav. Arch. f. Phys.*, VII, p. 97.) — Camescasse. A propos du pronostic des albuminuries. (*J. des Praticiens*, 27 fév.) — Fiquet. Action des albumoses et des peptones en injections intra-vasculaires. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — Hugounenq. Sur l'albumosurie. (*J. de pharm.*, 1er mai. et *Lyon méd.*, 11 avril.) — Gillespie. Albumosurie dans les maladies chroniques du rein. (*Rep. laborat. royal college Edinb.*, VI, p. 230.)

Alcool, isme. — Antheaume. Étude de la toxicité des alcools et de la prophylaxie de l'alcoolisme. (*Thèse de Paris.*) — Joffroy et Serveaux. Mensuration de la toxicité vraie de l'alcool éthylique, symptômes de l'intoxication aiguë et chronique. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 681.) — Goldberg. Sur l'alcool amylique optiquement actif et ses dérivés. (*Thèse de Jouriew*, 1896.) — Tsiklinski. Fermentation alcoolique sans participation immédiate de

Digitized by Google

microorganismes vivants. (*Arch. russes de pathol.*, juin.) — Gioffredi. Action de l'alcool sur les nerfs moteurs et sur l'excitabilité latente des muscles. (*Riforma med.*, 19 mars.) — Chirone. Action de l'alcool sur les nerfs moteurs et sur l'excitabilité latente des muscles. (*Ibid.*, 19 mars.) — Fortmueller. Échanges nutritifs chez le lapin sous l'influence de l'alcool. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Legrain. L'alcoolisme au point de vue sociologique. (*Rev. scientif.*, 10 avril.) — Laborde. L'alcoolisme au point de vue physiologique. (*Ibid.*, 29 mai.) — Erisman. Sur l'alcoolisme en Russie. (*Revue sanitaire russe*, janv.) — L. Colla. La question de l'alcool et son importance pour le médecin. (*Therap. Monats.*, p. 8, janv.) — M. Michael. Quelques réflexions sur l'alcoolisme. (*Med. Record*, 12 juin.) — Kroll. Influence de l'alcool sur la morbidité, la mortalité et la criminalité. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Rouby. Les crimes de l'alcoolisme. (*Bull. méd. Algér.*, 10 août.) — Neumann. Des rapports entre l'alcoolisme et l'épilepsie. (*Thèse de Strasb.*) — Chevillot. Sur les rapports de la tuberculose et de l'alcoolisme. (*Année méd. Caen*, 15 mai.) — Imbert. Alcoolisme chronique professionnel. (*Thèse de Paris.*) — Dobrotworski. Excitabilité électrique des nerfs et des muscles chez les alcooliques. (*Rev. de psych. en russe*, mai.) — Carrière et Verger. Pseudo-paralysie générale alcoolique. (*J. méd. Bordeaux*, 30 mai.) — Dejerine et Thomas. Sur l'absence d'altération des cellules nerveuses de la moelle dans un cas de paralysie alcoolique en voie d'amélioration. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Tooth. Pathogénie de la paralysie alcoolique. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 407.) — Bechterew. Sur la production artificielle des illusions sensorielles chez les alcooliques atteints de formes hallucinatrices de folie. (*Rev. de psych. en russe*, fév.) — Mc Michael. L'alcoolisme chez les jeunes sujets. (*Medicine*, juill.) — Moser. Chorée alcoolique. (*Med. Record*, 20 fév.) — Elzholz. Du delirium tremens. (*Jahrb. f. Psych.*, XV, 2.) — Oberdieck. De l'alcoolisme et son traitement rationnel. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 579.) — Combemale. Les indications et les contre-indications du traitement de l'alcoolisme chronique par la strychnine. (*Écho méd. Nord*, 25 avril.) — Bienfait. Les asiles spéciaux pour alcooliques. (*Mouvem. hygiéniq.*, fév.)

Aliénation. — Rieger. La psychiatrie à Wurzbourg depuis trois cents ans. (*Verhandl. phys. med. Ges. zu Wurzburg*, XXXI, 3.) — Gal. La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés. (*Thèse de Toulouse.*) — Mays. Le développement progressif de l'aliénation mentale et de la phtisie parmi la population nègre depuis la guerre du Sud. (*Boston med. Journ.*, 3 juin.) — Ladame. La loi fédérale suisse pour la protection des aliénés. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Kéraval. Quelques documents statistiques relatifs à l'aliénation mentale dans le département du Nord. (*Écho méd. Nord*, 4 juill.) — Alelékov. Les établissements pour les aliénés en Allemagne. (*Rev. de psych. en russe*, juin.) — Chouliansky. Revue des institutions psychiatriques de la Grande-Bretagne. (*Ibid.*, janv.) — Sibbald. Gheel et Lierneux, Colonies d'aliénés en Belgique. (*J. of ment. sc.*, juill.) — Kéraval. Les symptômes de l'aliénation mentale. (*Écho méd. Nord*, 16 mai.) — Stedman. Pronostic et durée des attaques des maladies mentales. (*Boston med. Journ.*, 10 juin.) — Bechterew. Sur les sensations pathologiques et associées chez les aliénés. (*Neurol. Centralbl.*, 23, 1896.) — Amaldi. La glande thyroïde chez les aliénés. (*Riv. di freniat.*, XXIII, p. 311.) — Stefani et Morpurgo. Le rétrécissement pupillaire chez les aliénés. (*Ibid.*, XXIII, p. 350.) — Pfleger. De la mort subite chez les aliénés. (*Thèse de Strasbourg.*) — Marlier. La folie post-opératoire. (*Thèse de Paris.*) — Paris. Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, causes, traitement. (In-18°, 133 p., *Paris.*) — Baderot. De l'influence du milieu sur le

Digitized by Google

développement du délire religieux en Bretagne, étude statistique faite à l'asile de Rennes en 1897. (*Thèse de Paris.*) — LUEDEMANN. Étude de la paranoia. (*Thèse de Greifswald.*) — PITRES et REGIS. Séméiologie des obsessions. (*Presse méd.*, 7 août.) — LÉPINE. Un cas d'obsession. (*Lyon méd.*, 25 juill.) — SCHOLZ. De la confusion mentale aiguë. (*Deut. med. Woch.*, 27 mai.) — BATAILLE. Les persécutés auto-accusateurs. (*Thèse de Paris.*) — CULLERRE. Une forme de délire systématisé des persécutés, persécuteurs, le délire de revendication. (*Ann. méd. psych.*, mai.). — GUFFIE. De la perversion mentale chez les dégénérés supérieurs. (*Thèse de Paris.*) — CHUITON. Du délire raisonnant de dépossession au point de vue clinique et médico-légal. (*Thèse de Bordeaux.*) — BEZY. Odyssée d'un dégénéré. (*Thèse de Bordeaux.*) — LALANNE. Les persécutés mélancoliques. (*Thèse de Bordeaux.*) — GASQUET et CONES. L'âge au point de vue du traitement de la mélancolie. (*J. of ment. sc.*, juill.) — SKEEN. Emploi du sulfate de duboisine. (*Ibid.*) — KESTEVEN. L'habitude comme état mental morbide. (*Ibid.*) — SOUTAR. Guérison d'états mentaux. (*Ibid.*) — RORIE. Folie homicide. (*Scottish med. j.*, juin.) — JENTSCH. Pathogénie de la mélancolie. (*Cent. f. Nerv.*, 20 avril.) — TOULOUSE et VASCHIDE. Temps de réaction dans un cas de mélancolie circulaire. (*Soc. de biol.*, 26 juin.) — BALLET. Lésions du cerveau et de la moelle dans un cas de démence. Atrophie du réseau d'Exner et chromatolyse des cellules. Dégénérescence bilatérale des faisceaux pyramidaux. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 juin.) — MANHEIMER. Du gâtisme au cours des états psychopathiques, essai de pathogénie et de séméiologie. (*Thèse de Paris.*) — NUCKOLLS. Le traitement de la mélancolie par l'opium. (*Med. Record*, 19 juin.) — GOLTZINGER. Les maladies mentales en Abyssinie. (*Rev. psych. russe*, mars.) — HARRIS-LISTON. Alimentation artificielle des aliénés. (*Brit. med. j.*, 13 fév.) — BECHTEREW. Sur le séjour au lit dans le traitement des aliénés. (*Rev. de psych. russe*, janv.)

Alimentation. — SCHOENBORN. De la résorption des hydrates de carbone dans le rectum et de leur emploi dans la nutrition. (*Thèse de Wurzbourg.*) — STOCKMAN. Proportion de fer dans quelques produits alimentaires. (*Rep. laborat. roy. college Edinb.*, VI, p. 191.) — LAMBLING. Sur l'alimentation. (*Nord méd.*, 1er juil.) — CATHELINEAU et LEBRASSEUR. Des aliments, hygiène et régime alimentaires. (In-8°. 274 p. *Paris.*) — BROUSMICHE. Hygiène alimentaire de l'ouvrier à la campagne. (*Thèse de Lille.*) — SERAFINI et ZAGATO. L'alimentation de l'étudiant en Italie. (*Arch. f. Hyg.*, XXIX, 2.) — BRUYLANTS. Sur la composition des extraits de viande. (*J. de pharm.*, 1er juin.) VOIT. De l'importance de l'extrait de viande comme substance alimentaire et diététique. (*Münch. med. Woch.*, p. 219, 2 mars.) — LAQUER. La valeur alimentaire des sels de caséine. (*Wien. klin. Rundsch.*, 23 mai.) — ENGLISH. Accroissement de la consommation des aliments et boissons acides. (*Med. News*, 17 juil.) — CAPITAN. L'alimentation azotée dans les maladies. (*Méd. mod.*, 16 juin.) — CORRADI. Sur l'alimentation par la voie sous-cutanée. (*Settim. med.*, 8 mai.)

Allaitement. — BUDIN. Allaitement mixte et allaitement artificiel. (*L'obstétrique*, 15 juil.) — BUDIN. Sur la production du lait par les nourrices. (*Soc. obst. de France*, 24 avril.) — BOISSARD. De quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux nourrices. (*J. des Praticiens*, 29 mai.)

Amputation. — SOUQUES et MARINESCO. Lésions de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts de la main. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — BIER. Technique opération pour la confection de bons moignons. (*Cent. f. Chir.*, 7 août.) — LORD. Sur les amputations. (*J. Amer. med. Ass.*, 1 mai.)

Digitized by Google

— Soupart. Nouveaux modes et procédés pour l'amputation des membres. (*Belg. med.*, 17 juin.) — Berger. Les tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus et l'amputation interscapulo-thoracique. (*Presse méd.*, 13 juin). — Claisse. Ostéosarcome de l'humérus, désarticulation interscapulo-thoracique. (*Soc. anat. Paris*, 26 mars.) — Wanach. Un cas d'amputation totale de l'épaule pour sarcome. (*St-Petersb. med. Woch.*, 19 juin.). — Heddaeus. De l'extirpation totale de l'épaule et de l'omoplate. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 770.) — Morton. Amputation de l'omoplate pour sarcome kystique. (*Lancet*, 24 juill.) — Bardenheuer. Désarticulation de la cuisse dans l'articulation sacro-iliaque. (26e *Cong. de chir. Berlin.*) — Durand. De la désarticulation sous-périostée de la hanche. (*Rev. de chir.*, août.) — Villar. Sarcome de la cuisse; désarticulation. (*J. méd. Bordeaux.*, 4 juil.) — Coronat. La désarticulation coxofémorale. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Chrétien. Ecrasement des deux jambes, double amputation, guérison. (*Poitou méd.*, 1er août.) — La Bonnardière. De la désarticulation tibio-tarsienne et de l'amputation de la jambe au quart inférieur, avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen. (*Thèse de Lyon.*) — Rioblanc. Ecrasement des deux pieds par train de chemin de fer, amputation double, désarticulation de Lisfranc à droite, amputation de Pasquier Le Fort à gauche, guérison sans déviation, marche directe sur les moignons. (*Lyon méd.*, 27 juin.) — Kofmann. Modification de l'amputation du pied de Pirogoff. (*Cent. f. Chir.*, 12 juin.)

Amygdale. — Grey-Edwards et Severn. Amygdalite folliculaire due à une infection par le lait. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — Robson. 2 cas d'agmydalite chronique marquée par une expansion des piliers antérieurs. (*Ibid.*) — Vierordt. Amygdalites lacunaires diphtéritiques, amygdalites diphtéroïdes récidivantes; angines ulcéreuses staphyloccociques. (*Berl. klin. Woch.*, 22 fév.) — Broeckaert. Hémorragie tardive grave à la suite de l'amygdalotomie.(*Belgique méd.*, 20 mai.) — Frémond. Morcellement des amygdales. (*Thèse de Paris.*) — Gibb. La galvanocaustie dans la chirurgie des amygdales. (*Ann. of surg.*, juill.) — Da Costa. Ablation d'un sarcome de l'amygdale. (*Ibid.*) — Porquet. Des calculs des amygdales. (*L'Année méd. Caen.* 17 juin.) — Ferro. Sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale, (*Thèse de Paris.*) — Gaudier. Un nouveau cas de gomme syphilitique de l'amygdale. (*Echo méd. Nord.*, 9 mai.) — Heymann. Traitement arsenical du sarcome des amygdales. (*Arch. int. de lar.* X, p. 126.) — Furet. Molluscum pendulum de l'amygdale. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — Bar. Inflammation aiguë de l'amygdale linguale. (*Ibid.*, mai.)

Anémie. — Hayem. Un cas d'anémie aiguë consécutive à une infection interne chez une jeune fille, diagnostic différentiel avec la chlorose à début brusque. (*Méd. mod.*, 13 janv.) — Hayem. Un cas d'anémie grave symptomatique. (*Méd. mod.*, 12 juin.) — Schmidt. Transformations cellulaires dans les états anémiques. (*Wien. klin. Woch.*, 10 juin.) — Johnson. Cas d'anémie pernicieuse progressive avec altération des cordons postérieures de la moelle. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 33.) — Lenoble. Des lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse protopathique et dans les anémies symptomatiques de l'adulte. (*Rev. de méd.*, juin.) — Clarke. Lésions de la moelle dans 2 cas d'anémie pernicieuse. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — Stockman. Un cas d'anémie pernicieuse avec distension du gros intestin. (*Rep. laborat. roy. college Edinb.*, VI, p. 213.) — Stockman. Production de l'anémie chez les chiens. (*Ibid.*, p. 214.) — Bozzolo. Anémie pernicieuse consécutive à une colite ulcéreuse par bacille coli. (*Gaz. d. osped.*, 1er août.) — Jaeger. Anémie dans l'arthrite tuberculeuse et l'ostéomalacie, 14 cas traités par la moelle osseuse.

Digitized by Google

(*N.-York. med.j.*, 31 juill.)— Weber. Stations climatériques et minérales pour les anémiques. (*Practitioner*, août.) — Cœnen. Les sels du sérum du sang dans les cas d'anémie secondaire. (*Forts. d.Med.*, 15 avril.) — Charrin et Chassevant. Action de l'ingestion d'extrait de moelle osseuse dans le traitement de l'anémie. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Cobb. Anémie chronique traitée par la nucléo-albumine et la moelle osseuse. (*N.-York med. j.*, 12 mai.) — Burnett. Traitement de l'anémie par les inhalations d'oxygène. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 321.)

Anesthésie. — Warven. L'influence de l'anesthésie sur la chirurgie du xixe siècle. (*Brit. med. journ.*, 6 mai.) — Gurlt. Statistique d'anesthésie (26e *Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Rowell. L'anesthésie chez les enfants. (*Lancet*, 15 mai.) — Béhal et François. Essai du chloroforme. (*J. de pharm.*, 1er mai.) — Evans. Courte note sur l'anesthésie chloroformique, dans ses relations avec les saisons et l'acide carbonique. (*Med. Record*, 19 juin.) — Lawrie. Anesthésie partielle avec le chloroforme. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — Augé. De l'observation des réflexes pupillaire et cornéen pendant la chloroformisation. (*Thèse de Paris.*) — Thorp. Des accidents observés pendant et après l'éthérisation. (*Thèse de Paris.*) — Lawrie. Le chloroforme et le cœur (*Brit. med. j.*, 17 juill.) — O'neill. L'administration sans dangers des anesthésiques chloroforme et méthylène. (*Ibid.* 12 juin.) — Herzog. Sur quelques procédés de rappel à la vie dans les syncopes pendant l'anesthésie générale. (*Vratch*, 1er mai.) — Casse. Des paralysies postchloroformiques. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mars.) — Prunier. De la préparation de l'éther ordinaire. (*J. de pharm.*, 1er juin.) — Huguet. L'éthérisation. (*Centre méd.* 1er mai.) — Gibert. Sur l'anesthésie par l'éther. (*Thèse de Paris.*) — Willett. Du rash par l'éther. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 79.) — Gardner. L'administration continue de protoxyde d'azote et d'oxygène pour les petites opérations. (*Lancet*, 12 juin.) — Braun. De l'anesthésie par infiltration et de l'anesthésie locale par la cocaïne. (*Cent. f. Chir.*, 1er mai.) — Gerhardi. De l'anesthésie par infiltration selon Schleich, (*Münch. med. Woch.*, p. 138, 9 fév.) — Noack. Expériences sur l'anesthésie par infiltration. (*Ibid.*, 9 fév.) — Oaks. Méthode d'anesthésie cocaïnique. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — Lohmann. De l'eucaïne B comme anesthésique local. (*Therap. Mon.*, août.) — Silex. Nouvelles recherches sur l'eucaïne B. (*Therap. Mon.*, juin.) — Wossidlo. De l'eucaïne comme anesthésique local de l'urètre et de la vessie. (*Cent. f. Krank. d. Harn. und Sexualorgane*, VIII, 2.) — Heinz et Schloesser. L'holocaïne, nouvel anesthésique. (*Klin. Mon. f. prakt. Aug.*, avril.) — Lœwenstamm. Etude sur le chlorhydrate d'holocaïne. (*Therap. Mon.*, mai.) — Carter. L'holocaïne en chirurgie oculaire. (*Lancet*, 29 mai.) — Gires. L'holocaïne, son action physiologique, son emploi comme anesthésique en ophtalmologie et en stomatologie. (*Thèse de Paris.*) — O'Followell. L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacyl. (*Thèse de Paris.*) — Pearce. 3 cas d'anesthésie traumatique. (*Médicine*, août.)

Anévrisme. — Stolpe. Des anévrismes de l'artère sylvienne. (*Thèse de Kiel.*) Short. Anévrisme du cœur. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — Lamplough. Anévrismes de l'aorte communiquant avec l'artère pulmonaire. (*Ibid.*, 14 août.) — Gerhardt. Des anévrismes aortiques. (*Deut. med. Woch.*, 10 juin.) — Boinet. Quelques cas d'anévrismes de l'aorte. (*Rev. de méd.*, mai.) — Weber. Anévrisme aortique avec perforations dans le poumon et la trachée. (*Thèse de Greifswald.*) — Hale. Pulsation de l'artère centrale de la rétine dans un cas d'anévrisme de l'aorte descendante, du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juill.) — Chaillous. Anévrisme dissé-

Digitized by Google

quant de l'aorte rompu dans la plèvre droite. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — Kelynack. De la rupture des anévrismes de l'aorte intra-thoracique, d'après 32 cas. (*Lancet*, 24 juill.) — Bernard. Anévrisme de la portion supérieure de l'aorte thoracique ouvert dans le poumon gauche, hémoptysies multiples. Mort par hémoptysie foudroyante. (*Soc.anat. Paris*, 2 avril.) — Bromwell. Sur un cas d'anévrisme aortique. (*Edinb. med. j.*, mai.) — Krueper. Des anévrismes de l'aorte abdominale. (*Thèse de Greifswald.*) — Beaumont. Anévrisme cirsoïde de l'orbite, du front. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — Pratt. Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, ligature et surpression, excision. (*Lancet*, 3 juill.) — Stewart. Volumineux anévrisme du tronc brachio-céphalique, guéri par l'électrolyse sur un fil d'or introduit dans le sac; mort trois ans et demi après de thrombose cérébrale. (*Brit. med. j.*, 14 août.) — Bramwell. Pneumonie chronique par pression d'un anévrisme sur une bronche. (*Scottish med j.*, mai.) — Vignard. Anévrisme artério-veineux, transformation en anévrisme artériel, puis en anévrisme diffus au bout de sept ans, guérison par extirpation. (*Gaz. méd. Nantes*, 22 mai.) — Bernard. Anévrisme artério-veineux d'une branche de la fémorale profonde. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — Vincent. Un cas d'anévrisme du creux poplité traité successivement par la ligature et l'extirpation. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 375.) — Galozzi. Anévrisme traumatique circonscrit de la radiale. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 mai.) — Bazy. Anévrisme diffus inflammatoire de la tibiale postérieure. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 340.) — Juvara. Anévrisme du tronc tibio-péronier, extirpation. (*Cent. f. Chir.*, 22 mai.) — Bubert. Sur les ruptures anévrismales. (*Wiener med. Woch.*, 24 mai.)

Angine. — Cassedebat. Des angines couenneuses non diphthéritiques. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Maddin. Etiologie, pathologie et thérapeutique de l'angine de poitrine. (*J. Amer. med. Ass.*, 26 juin.) — Knott. Angine de poitrine. (*Dublin Journ.*, mai.) — Tecce. Signification des bruits musicaux dans les lésions valvulaires et pathogénie de l'angine de poitrine. (*Riforma med.*, 2 avril.) — Jovanovith. De l'angine de poitrine tabagique. (*Thèse de Paris.*) — Rendu. Néphrite interstitielle et angine de poitrine. (*L'abeille méd.*, 19 juin.) — Bostwick. L'hyoscine dans l'angine de poitrine. (*Med. Record*, 8 mai.) — Romme. La décalcification des artères, nouveau traitement de l'angine de poitrine par Rumpf. (*Presse méd.*, 17 juill.)

Angiome. — Guillaume. Du tubercule sous-cutané douloureux, en particulier de l'angiome circonscrit douloureux. (*Thèse de Paris.*) — Constantinoff. Des angiomes caverneux externes. (*Thèse de Montpellier.*) — Morris. Volumineux angiome de la lèvre. (*N.-York med. j.*, 24 juill.)

Anomalies. — Mlle Robineau. Anomalies de la glande parotide, de l'artère maxillaire et du nerf facial. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Bataille. Anomalie inédite de la glande parotide et de la maxillaire interne. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Pistchel. Un cas de persistance du tronc artériel commun. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Batouiew. Anomalie de la veine rénale gauche avec persistance d'une partie de la veine cardinale gauche. (*Vratch*, 5 juin.) — Della Rovere. Rare anomalie du poumon droit. Trajet anormal de la grande veine azygos. (*Giorn. Accad. med. Torino.*, février.) — Capitan et Croisier. Inversion totale des viscères diagnostiquée par le phonendoscope. (*Soc. de biol.*, 31 juill.) — Stimson. Un cas rare de pseudo-hermaphrodisme. (*Med. Record.*, 24 avril.)

Anus. — Browing. Anatomie des muscles releveurs de l'anus. (*Med. News*, 12 juin.) — Prutz. Formation d'un sphincter anal d'après la méthode de

Digitized by Google

Gersuny. (26e *Cong. de chir. Berlin.*) — Sorel. Imperforation de l'anus. Fistulette au niveau de la fourchette. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Lebrun. Imperforation de l'anus. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mars.) — Gevaert. Imperforation de l'anus. (*Ibid.*, 15 mars.) — Ruerig. Guérison de l'anus artificiel. (*Thèse de Halle.*) — Lehmann. De la colostomie. (*Thèse de Heildeberg.*)

Aorte. — Riche. Anomalie de la crosse de l'aorte. (*Soc. anat. Paris*, 5 mars.) — Levi. Aortite subaiguë avec exsudat fibrineux au cours d'une phtisie galopante. (*Ibid.*, 9 avril.) — Baraban et Schuhl. Oblitération congénitale de l'orifice aortique. (*Bibliog. anat.* janv.) — Reining. De la rupture spontanée de l'aorte et des anévrismes. (*Thèse de Leipsig.*) — Le Damany. Dilatation ou anévrisme vrai de la crosse de l'aorte, dilatations ampullaires surajoutées dont une comprimant la trachée, signes de tumeur du médiastin, mort par asphyxie. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Oumansky. Aorte pulsatile, des pseudo-anévrismes de l'aorte abdominale. (*Thèse de Paris.*)

Appareils. — Obici. Graphographe, pour recueillir les graphiques dans l'écriture. (*Riv. di patol. nerv.*, II p. 289.) — Weiss. Appareil enregistreur des variations de poids d'un corps. (*Arch. de phys.*, IX, p. 681.) — Griesbach. Un nouvel esthésiomètre. (*Arch. f. ges. phys.*, LXVIII, p. 65, et *Deut. med. Woch.*, 22 juill.) — Michniewitch. Appareil simple pour conserver des liquides aseptiques. (*Vratch*, 29 mai.) — Appareil Werther-Radelle pour rendre l'articulation aux amputés ankylosés partiellement du genou. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — Sendtner. La combinaison du hamac avec la chaise longue, comme nouveau moyen de repos. (*Münch. med. Woch.*, p. 281, 16 mars.)

Artère. — Gérard. Anomalies artérielles, l'artère du nerf médian à la paume de la main. (*Bibliog. anat.*, mars.) — Astier. Etude des artérites rhumatismales. (*Thèse de Bordeaux.*) — Preble. Effets de l'artério-sclérose sur le cœur. (*Medicine*, juill.). — Norburg. Effets de l'artério-sclérose sur le cerveau et la moelle. (*Ibid.*) — Cheveleff. Action du sucre de raisin sur l'excrétion de la chaux dans l'artério-sclérose. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Summers. Chirurgie de l'artère carotide. (*Ann. of surg.*, mai.) — Toffart. Sur les plaies de l'arcade palmaire profonde. (*Thèse de Lille.*) — Mikhaslow. Résultats cliniques de la ligature de l'artère sous-clavière (100 cas). (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Thomas. Examen de la tête et du cou d'un sujet, 28 mois après la ligature des carotides et des jugulaires à gauche. (*Brit. med. j.*, 21 août.)

Articulation. — Delezinier. Etude cinématique de la diarthrose fémoro-tibiale. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lesshaft. La valeur de la pression atmosphérique sur les articulations. (*Anat. angeiger.*. XIII, p. 431.) — Lovett, Mumford, Graham. Le traitement des entorses. (*Boston med. journ.*, 17 juin.) — Lorenz. Le traitement chirurgical de la raideur spasmodique des articulations. (*Wien. klin. Rundschau*, 23 mai.) — Weisz. Sur le traitement des raideurs articulaires. (*Wiener med. Woch.*, 26 juin.) — Marshall. Arthrite rhumatoïde. (*N.-York med. j.*, 19 juin.) — Bermbach. De l'arthrite mono-articulaire déformante. (*Thèse de Bonn.*) — Griffiths. Ankylose osseuse généralisee ou arthrite ossifiante. (*J. of. path. and bact.*, IV, p. 468.) — Klein. De la résection dans l'arthrite déformante. (*Thèse de Bonn.*) — Wirt. Emploi de la chaleur sèche intense dans les affections chroniques articulaires. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 70.) — Legueu. Synovite tuberculeuse à forme végétante et hyperplastique. (*Presse méd.*, 34 juill.) — Jouon. Abcès de la

Digitized by Google

bourse séreuse sous-trochantérienne; 2 cas. (*Gaz. méd. Nantes*, 3 juill.) — WILLARD. Déplacement congénital antérieur de la hanche. (*Trans. Amer. Orthop. Ass.*, IX, p. 249.) — BRODHURST. Les luxations congénitales de la hanche. (*Ibid.*, p. 237.) — MARSH. Traitement de l'arthrite tuberculeuse de la hanche au début. (*Brit. med. j.*, 14 août.) — HOLWELL. 2 cas d'arthrite tuberculeuse du genou traité par les injections d'iodoforme. (*Ibid.*) — MARSH. Traitement de la tuberculose de la hanche au début. (*Ibid.*, 8 mai.) — TOBIN. Ostéotomie du fémur dans la tuberculose de la hanche au début. (*Ibid.*, 24 avril.) — HIBNS. Traitement des abcès provenant d'arthrite tuberculeuse. (*N.-York med. j.*, 15 mai.) — MÉNARD. Arthrotomie de la hanche et curetage intégral dans la coxalgie compliquée d'un abcès rebelle à la méthode des injections. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 274.) — ARULLANI. Le traitement de la coxalgie par la compression instrumentale. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév.) — STEEG. Traitement de la coxalgie tuberculeuse. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — SAINTON. De la correction des attitudes vicieuses de la coxalgie par le redressement forcé sous le chloroforme. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 266.) — BORCHARD. Symptômes et traitement de la coxa vara. (*Cent. f. Chir.*, 26 juin.) — POTEL. Le genu recurvatum congénital. (*Echo méd. Nord*, 15 août.) — LESSER. Résultats des cas de genu valgum opérés par le procédé de Mc Ewen à Wurzbourg. (*Thèse de Wurzbourg.*) — RAFFEL. Etude sur le cubitus valgus et le cubitus varus. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 243.) — MÉNARD et BUFNOIR. Troubles de croissance et déformation du squelette dans la tuberculose articulaire, spécialement du genou. (*Rev. d'orthop.*, mai.) — MOORE. Tuberculose du poignet et du corps. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 100.) — TILLAUX. Des ankyloses du coude et de leur traitement chirurgical. (*L'Abeille méd.*, 15 mai.) — DE LORGERIL. Des opérations économiques et atypiques dans les tumeurs blanches du poignet et du cou de pied chez l'adulte. (*Thèse de Paris.*) — WERNER. Des corps articulaires. (*Thèse de Berlin.*) — MICHALSKI. Des corps articulaires. (*Thèse de Greifswald.*)

Aspergillose. — LÉOPOLD LEVI. De l'aspergillose. (*Gaz. des hôp.*, 26 juin.) — LÉTIENNE. De l'aspergillose. (*Arch. de méd.*, fév.)

Asphyxie. — TIRELLI. Toxicité du sang dans les asphyxies. (*Gaz. d. Osped.*, 15 août.) — JOHANNESSEN. Asphyxie locale accompagnée de troubles fonctionnels du cerveau. (*Norsk Magazin*, janv.) — DE LEE. Asphyxie des nouveau-nés, causes et traitement. (*Medicine*, août.) — LABORDE. Les tractions rythmées de la langue, moyen rationnel et le plus puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie. (In-8°, 558 p., *Paris.*)

Asthme. — BOBONE. L'asthme nasal. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 241.) — BOWIE. L'asthme, ses rapports avec la pression atmosphérique. (*Edinb. med. j.*, août.) — MUGGIA. L'asthme infantile. (*Gaz. med. Torino.*, 10 juin.) — STRANGWAYS. Asthme des foins. (*Laryngoscope*, avril.) — MONCORGÉ. De l'amaigrissement chez les asthmatiques. (*Arch. gén. de méd.*, juill.) — KNIGHT. Le traitement de l'asthme bronchique. (*Boston med. Jour.*, 25 mars.)

Astimagtisme. — DIMMER. De l'astigmatisme. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 613.) — ASCHHEIM. Un cas d'astigmatisme cornéen de 32 dioptries. (*Klin. Mon. f. prakt. Aug.*, avril.)

Athétose. — GRANCHER. Sur l'athétose double. (*L'indépend. méd.*, 11 août.) — BELLOTTI. Athétose double. (*Gaz. d. Osped.*, 8 août.)

Auscultation. — MALINA. L'auscultation au moyen du diapason. (*Wiener med.*

Digitized by Google

Woch., 7 juin.) — Denison. Le phonendoscope (stéthoscope biaural). (*J. Amer. med. Ass.*, 24 avril.) — Litten. Expérimentation défavorable du phonendoscope. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 fév.) — Zienec. Modification du stéthoscope et de son mode d'emploi dans l'auscultation des poumons et du cœur. (*Wien. med. Woch.*, 3 avril.) — Senator. Le métroscope ou stéthoscope à friction d'Aufrecht. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 janv.) — West. La respiration bronchique et les râles. (*Brit. med. j.*, 10 juill.) — Jones Le râle crépitant, bruit interpleural et non pulmonaire. (*Med. Record*, 5 juin.) — Galliard. La zone sonore inféro-dorsale à gauche. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 janv.) — Galliard. Le bruit de rouet sous-claviculaire. (*Ibid.*, 21 mai.)

Autoplastie. — J. Brault. Quelques cas d'autoplastie. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 429.) — Delbet. Autoplastie par procédés multiples pour une énorme perte de substance. (*Bull. méd.*, 17 fév.)

Avortement. — Jellett. Sur un cas d'avortement incomplet. (*Dublin Jour.*, mai.) — Fieux. Sur un cas d'avortement. (*J. méd. de Bordeaux.*, 14 mars.) — Bidder. Avortement gémellaire avec développement inégal des fœtus. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 189, 1er mars.) — Kounig. Sur l'avortement retardé. (*Vratch*, 12 juin.) — Shœmaker. Septicémie suite d'avortement, injections de sérum, mort. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Doléris. Traitement de l'avortement incomplet. (*Semaine gyn.*, 18 mai, et *J. de méd.*, *Paris*, 20 juin.)

B

Bactériologie. — Woodhead. Naissance et développement de la bactériologie. (*Practitioner*, juin.) — Doyen et Roussel. Atlas de microbiologie. (In-8, 338 p., *Paris.*) — Afanasiew. Leçons de microscopie et de bactériologie cliniques. (*St-Pétersb.*, 1896.) — Miquel. Laboratoire de diagnostic des affections contagieuses de la ville de Paris. (*Ann. de microg.*, p. 7.) — Claudius. Méthode de coloration à la fois simple et contrastante des microbes. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 332.) — Sheffield. Méthode simple de préparation des cultures d'agar-agar. (*N.-York med. j.*, 8 mai.) — Casagrandi et Barbagallo. Culture des amibes. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 579.) — Ewell. Appareils et manipulation pour les cultures de microbes anaérobies. (*Ibid.*, 2 *Abth.*, III, p. 188.) — Schubert. Culture des amibes sur milieux solides. (*Hyg. Rundsch.*, VII, p. 72.) — Malfitano. Effets des gaz sous pression sur les microorganismes. (*Boll. Soc. med. Pavia*, 9 juill.) — Podgorny. Influence de l'iode sur les microbes pathogènes. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Orlowski. Biologie et propriétés pathogènes du colibacille. (*Ibid.*) — Charrin. Pluralité des principes morbifiques engendrés par un microbe pathogène. (*Acad. des sc.*, 10 mai.) — Charrin. Multiplicité des substances morbifiques produites par un même agent pathogène. (*J. de pharm.*, 1er juill.) — Charrin et E. Bardier. Influence des toxines sur le cœur, nature des principes actifs. (*Arch. de phys.*, IX, p. 554.) — Metchnikoff. Sur l'influence des végétaux inférieurs sur les toxines. (*Soc. de biol.*, 19 juin.) — Charrin et Mangin. Sur l'innocuité des toxines pour certains végétaux. (*Ibid.*, 5 juin.) — Claude. Recherches sur les lésions du

Digitized by Google

foie et des reins déterminées par les toxines microbiennes. (*Presse méd.*, 12 mai.) — Kondratieff. La question de l'immunité des organismes animaux contre l'infection bactérienne. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 407.) — Bensaude. Le phénomène de l'agglutination des microbes et ses applications à la pathologie, le séro-diagnostic. (*Thèse de Paris.*) — Lemoine. Le streptocoque. (*Gaz. des hôp.*, 5 juin.) — Courmont. Le streptocoque de l'érysipèle et celui de Marmorek sont deux espèces microbiennes différentes. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Noury. Sur un staphylocoque saprophyte. (*Ibid.*, 24 juill.) — Rossi. L'action du staphylococcus pyogenes sur la toxicité des alcaloïdes. (*Gaz. d. Osped.*, 27 juin.) — Tonnel et Raviart. De la staphylococcémie. (*Echo méd. Nord*, 23 mai.) — Reichenbach. De l'immunisation contre le staphylocoque pyogène. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 92.) — Klein. Sur un microcoque pathogène pour l'homme et les animaux, le staphylocoque hémorragique. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXII, p. 81, et *Brit. med. j.*, 14 août.) — Noesske. Des modifications dans la formation colorante du bacille pyocyanique. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 103.) — Radais. Sur une nouvelle race du bacille pyocyanique. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Charrin. Idem. (*Ibid.*) — Gebhard. Du bacille coli et de son importance en gynécologie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 132.) — Rénon. Action du colibacille sur le bacille virgule. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Vigot. Le cidre peut-il servir de milieu de culture au bacille d'Eberth et au colibacille? (*Tribune méd.*, 18 août.) — Dobrzyniecki. Deux bacilles chromogènes de la cavité buccale. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 833.) — Boettcher. Du bacille implexus et mycoïde. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Charrin et de Nittis. Un bacillus subtilis virulent, contingence de la fonction pathogène. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Rodzewitch. Sur un nouveau saprophyte chromogène. (*Vratch*, 10 avril.) — Tichborne. Sur la dissémination des microorganismes et sur la meilleure méthode de détruire les germes. (*Dublin Journ.*, juill.) — Guiraud. Sur la présence de microbes pathogènes sur les légumes et produits maraîchers. (*Soc. de biol.*, 31 juill.)

Bain. — Rudinger. Les bains naturels et artificiels de CO^2. (*Wiener med. Blätter*, 6 mai.) — Larauza. Du traitement du rhumatisme articulaire chronique des enfants par les bains de boues de Dax. (*J. de clin. inf.*, 13 mai.)

Bassin. — Commandeur. Etude sur le détroit supérieur du bassin normal dans la région lyonnaise. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Nagel. Anatomie des organes pelviens chez la femme. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 557.) — Leake Etiologie des inflammations pelviennes. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — Saenger. Traitement des suppurations du bassin. (*Samml. klin. Vort.*, n° 178.) — Cibert. Abcès du petit bassin avec pelvipéritonite, compression de l'uretère droit, hydronéphrose double, troubles nerveux urémiques mortels. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — Péan. Fibrosarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin. Ablation par la voie pubio-vulvo-périnéo-sacrée à l'aide de la méthode de morcellement. (*Bull. Acad. méd.*, 9 mars.) — Berger. Des myxomes du bassin. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 330.)

Bec-de-lièvre. — Gourdon. Traitement du bec-de-lièvre compliqué. (*Thèse de Bordeaux.*) — Samter. De l'opération des becs-de-lièvre compliqués. (26e *Cong. de chir. Berlin*, avril.)

Béribéri. — Hunter. Etiologie du béribéri. (*Lancet*, 31 juill.) — Ghazarossian. Du béribéri à forme paralytique. (*Thèse de Paris.*)

Biliaires (Voies). — Koulabko. Sur les capillaires biliaires. (*Thèse de St-Pétersb.*)

Digitized by Google

— D'Arsonval, Charrin et Bonniot. Action des principes biliaires sur la thermogenèse. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Bardier. Action cardiaque de la bile sur le lapin. (*Ibid.*, 26 juin.) — Doyon et Dufourt. Influence de quelques médicaments sur la quantité de la bile et de ses principes constituants. (*Arch. de phys.*, IX, p. 562.) — Dufourt et Doyon. Fistule biliaire chez le chien, les cholagogues. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — Robson. Leçons sur les affections des voies biliaires. (*Lancet*, 29 mai.) — Charrin et Claude. Intoxication générale et infection biliaire. (*Soc. de biol.*, 26 juin.) — Flint. Stercorine et cholestérémie. (*N. York med. j.*, 5 juin.) — Gilbert et Fournier. Angiocholite infectieuse oblitérante et cirrhose biliaire hypertrophique. (*Méd. mod.*, 17 juill.) — Lejars. Cholécystite et angiocholite infectieuses à colibacille, cholécystostomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 217.) — Quénu. Angiocholite, traitement chirurgical. (*Ibid.*, p. 240.) — Cornillon. Des rapports de la lithiase biliaire avec les fonctions utérines. (*Progrès méd.*, 24 avril.) — Roux et Nattan-Larrier. Lithiase totale des voies biliaires. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Boudin. Lithiase biliaire, laparotomie. (*Lyon méd.*, 30 mai.) — Chittenden. Chimie des calculs biliaires au point de vue de leur origine. (*Med. News*, 1er mai.) — Lange. Indications pour la chirurgie du canal cholédoque. (*Ibid.*) — Peabody. Diagnostic des calculs biliaires. (*Ibid.*, 24 avril.) — Thompson. Traitement de la cholélithiase. (*Ibid.*) — Osler. Le calcul biliaire faisant valvule dans le canal cholédoque. (*Lancet*, 15 mai.) — Mathieu. Calculs biliaires ou calculs intestinaux. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 juin.) — Briddon. Cholélithiase et chirurgie des conduits biliaires. (*Presbyterian hosp. med. Rep.*, II, p. 1.) — Verrall. Ulcération et rupture de la vésicule biliaire, opération, guérison. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — Elder. Opération pour calcul biliaire. (*Scottish med. j.*, mai.) — Broca. Dilatation énorme du canal cholédoque. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 209.) — Tixier. Cholécystostomie pour cholécystite calculeuse suppurée. (*Lyon méd.*, 1er août.) — Bonnet. Fistule biliaire cutanée. (*Ibid.*, 9 mai.) — Oberwarth. Du cancer primitif de la vésicule biliaire. (*Thèse de Kiel.*) — De Saint-Fuscien. Du cancer primitif de la vésicule biliaire. (*Thèse de Paris.*) — Betz. Du cancer primitif de la vésicule biliaire, 2 cas. (*Thèse de Munich.*) — Baudouin. Les opérations nouvelles sur les voies biliaires. (*Progrès méd.*, 5 juin.) — Elliot. Cas de chirurgie des voies biliaires. (*Boston med. Journ.*, 25 mars.) — Gerster. Chirurgie de la vésicule biliaire influencée par la situation anatomique. (*Med. News*, 24 avril.) — Ferguson. De la cholédochotomie, 5 cas. (*Medicine*, août.)

Blennorragie. — Schuster. De l'affection générale gonorréique. (*Arch. f. Dermat.*, XL, p. 181.) — Huber. De la périproctite gonorréique. (*Ibid.*, p. 237.) — Spietschka. Traitement de la blennorragie. (*Ibid.*, p. 245.) — Colombini. De la diffusion du processus blennorragique de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur. (*Morgagni*, juill.) — Lademann. Gonorrée et médecine légale. (*Thèse de Berlin.*) — Ahman. De l'infection blennorragique générale. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIX, p. 323.) — Jundell. Le gonocoque de Neisser dans les métastases blennorragiques. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIX, p. 195.) — Labusquière. De la gonorrée. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Nansteen. Sur les gonocoques. (*Norsk. Mag.*, fév.) — Marfan. Etude sur la vulvo-vaginite blennorragique des petites filles. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, mars.) — Eraud. Une observation de blennorragie première bactérienne. (*Lyon méd.*, 16 mai.) — Welander. La gonorrée, compliquée de polynévrite. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 8.) — Le Damany. Les productions cornées de la peau dans la blennorragie. (*Presse méd.*, 19 juin.) — Levy. Des accidents nerveux au cours des arthropathies blennorragiques. (*Thèse*

Digitized by Google

de Paris.) — EDINGTON. Arthrite sterno-claviculaire dans le cours de la blennorragie. (*Lancet*, 5 juin.) — JACQUET. De la talalgie blennorragique. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 mars.) — JACQUET et GHIKA. Sur un cas d'arthro-blennorragisme avec troubles trophiques. (*Ibid.*, 22 janv.) — MERCIER et MÉTÉNIER. Arthrite blennorragique à gonocoques. (*Ibid.* 12 mars.) — MONMONT. Les arthrites gonococciques de l'enfant. (*Thèse de Bordeaux.*) — SCHMIDT. De la pyonéphrose blennorragique. (*Thèse de Munich.*) — STOGANTCHOFF. Des complications rénales dans la blennorragie aiguë. (*Thèse de Paris.*) — BOURSIER. Pyosalpinx blennorragique et métrite. (*J. méd. Bordeaux*, 6 juin.) — MORRIS. Le traitement de la salpingite blennorragique. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — CALDERINI. De l'endométrite gonococcique. (*Gaz. d. Osped.*, 15 août.) — FUCHS. Blennorrée et accouchement. (*Thèse de Strasbourg.*) — CHRISTIAN. Traitement de la blennorragie par les injections d'argonine. (*Therap. Gaz.*, 15 juill.) — GOLDBERG. Traitement de l'épididymite blennorragique par les applications de gaïacol. (*Deut. med. Woch.*, 5 août.) — VALENTINE. Les irrigations dans le traitement de la blennorragie. (*Med. Record*, 5 juin.) — PAQUET. Du traitement abortif de l'urétrite blennorragique. (*Nord méd.*, 1er mai.) — ROBBE. De l'emploi de l'acide chromique dans l'urétrite et la cystite blennorragiques. (*La policlin. Bruxelles*, 1er juill.) — BROIDO. Traitement interne de la blennorragie par l'extrait fluide de kawa-kawa. (*Presse méd.*, 14 juill.) — DUQUAIRE. Traitement curatif de la blennorragie à toutes les périodes de son évolution. (*Lyon méd.*, 20 juin.)

Bouche. — MORESTIN. Des prolongements de la glande sublinguale à travers le muscle mylo-hyoïdien et de leur rôle dans la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — MORESTIN. Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. (*Gaz. des hôp.*, 8 mai.) — SENGENSSE. Grenouillette sus-hyoïdienne consécutive à une grenouillette sublinguale. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mai.) — LEVI. De la stomatite aphteuse. (*Lo Speriment.*, L, p. 255.) — BARON. Rapports entre l'herpès buccal et cutané, forme de stomatite. (*Méd. mod.*, 22 mai.) — RENAULT. Diagnostic des lésions de la commissure des lèvres. (*J. des Praticiens*, 5 juin.) — CUMMINGS. Un cas de noma. (*Med. Record*, 1er mai.) — WEILL. Fièvre typhoïde, noma de la bouche. (*Lyon méd.*, 18 avril.) — HEATH. Un cas d'hypertrophie des gencives. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — DOWD. Sur une opération plastique restauratrice de la lèvre inférieure. (*Med. Record*, 20 fév.)

Bronche. — D'HARDIVILLIER. Les bronches éparterielles chez les mammifères et spécialement chez l'homme. (*Acad. des sc.*, 2 août.) — D'HARDIVILLER DE VANDEUIL. Développement et homologation des bronches principales chez les mammifères. (*Thèse de Lille.*) — D'HARDIVILLER. Homologation des bronches des poumons de lapin. La ramification bronchique chez le lapin. (*Bibl. Anat.*, janv.) — DESSY. Recherches bactériologiques sur quelques cas de bronchite aiguë. (*Lo Speriment.*, L, p. 325.) — CARRIÈRE. Bronchite chronique streptococcique, efficacité du sérum antistreptococcique. (*Presse méd.*, 5 juin.) — MONNIER. Un cas de broncho-pneumonie infectante due au pneumo-bacille de Friedlaender. (*Gaz. méd. Nantes*, 15 mai.) — BRITON. Broncho-pneumonie infectante pseudo-lobaire à scories, à pneumo-bacille de Friedlaender. (*Ibid.*, 24 juill.) — TRIPOT. Des infections bronchiques et des broncho-pneumonies dues au pneumo-bacille. (*Thèse de Toulouse.*) — CHAPIN. Le traitement de la broncho-pneumonie infantile. (*Med. Record*, 26 juin.) — SAENGER. Action de l'hydrastis dans le catarrhe bronchique. (*Cent. f. inn. Med.*, 1er mai.) — LORRAIN. Dilatation des bronches. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — SALDITT. Bronchectasie avec tuberculose. (*Thèse de Wurzbourg.*)

Digitized by Google

C

Cancer. — Noel. Sur la topographie et la contagion du cancer. (*Rev. mal. cancér.*, II. p. 137.) — Reboul. Histoire de l'emploi thérapeutique du condurango. (*Ibid.*, p. 154.) — Borowski. Sur les parasites dans les tumeurs. (*Vratch*, 29 mai.) — Goldmann. Recherches anatomiques sur les voies de propagation des tumeurs malignes. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII. p. 595.) — Williams. La cachexie du cancer. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Paviot et Fayolle. Cas de prétendu cancer vert d'Aran. (*Lyon méd.*, 25 avril.) — Paviot et Bérard. Le cancer musculaire lisse. (*Ibid.*, 20 juin.) — Les Mêmes. Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 816.) — Albarran et Bernard. Sur une tumeur épithéliale d'origine parasitaire. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Cohn. Des métastases cérébrales du cancer. (*Thèse de Fribourg en Brisgau.*) — Klebs. Quelques remarques sur les tumeurs malignes. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 mars.) — Williams. Les tumeurs malignes dans l'enfance et le jeune âge. (*Lancet*, 7 mai.) — De Backer. De la cancérose et de son traitement au moyen de ferments purs. (*J. de méd. Paris*, 30 mai.) — Stack. Le pyoctanin dans le traitement des tumeurs malignes inopérables. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 juin.) — Andrews. Les méthodes récentes de traitement de l'épithéliome par les injections hypodermiques. (*Ibid.*, 19 juin.) — Sematzki. Traitement des tumeurs malignes par les injections de streptocoques et de bacilles prodigiosus. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 1er avril.) — Spivak. Chelidonium majus dans le traitement du cancer. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Morgan. Traitement des cancers cutanés. (*Med. News*, 21 août.)

Cartilage. — Auvray. Du chondro-myxome. (*Thèse de Paris.*) — Knoop. De l'exostose cartilagineuse. (*Thèse de Bonn.*)

Cellule. — Posternak. Pathogénie générale des diplogenèses. (*Thèse de Paris.*) — Garnier et Bouin. Sur la présence de granulations graisseuses dans les cellules glandulaires séreuses. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Buchner. L'importance des produits solubles cellulaires actifs pour le chimisme cellulaire. (*Münch. med. Woch.*, p. 299, 23 mars.) — Merkouliew. Sur les modifications de la cellule dans la métamorphose albumineuse granuleuse. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Burchardt. Bichromate et noyaux cellulaires. (*La Cellule*, XII, p. 337.)

Cerveau. — Bevan. Structure du premier linéament de l'écorce cérébrale. (*Edind. med. j.*, juin.) — Staderini. Le ventricule de Krause, sa conformation, ses rapports. (*Monit. zool. ital.*, VII, 8.) — Staderini. Etude morphologique de la glande pinéale. (*Ibid.*, VIII, 4.) — Dexler. Le trajet des fibres dans le chiasma. (*Jahrb. f. Psych.*, XVI, 1.) — Obersteiner. L'innervation des vaisseaux de l'encéphale. (*Ibid.*, XVI, 1.) — Mayer. La direction des fibres dans la tente du cerveau et du cervelet. (*Ibid.*, XVI, 1.) — Widmark. Sur la position du faisceau papillo-maculaire. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 25.) — Danilewsky. Sur les relations entre le développement

Digitized by Google

du crâne et les circonvolutions du cerveau. (*Soc. de biol.*, 10 juillet.) — TRAPEZNIKOW. Sur l'innervation centrale de la déglutition. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — MAHAIM. Centres de projection et d'association du cerveau. (*Belgique méd.*, 22 avril.) — WOLFF. Un centre moteur indépendant du nerf sciatique dans l'écorce cérébrale. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 21 avril.) — SHARKEY. La localisation de la fonction visuelle dans l'écorce cérébrale. (*Lancet*, 22 mai.) — BECHTEREW. Sur le centre des convulsions et sur le centre pour la localisation au niveau du pont de Varole. (*Neurol Cent.*, 4.) — MAXWELL. Physiologie du cerveau des annélides. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVII, p. 263.) — LO MONACO. Sur la physiologie du corps calleux et de la fonction des ganglions de la base. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 145.) — BARKER. Les aires sensitives et les centres d'association dans le cerveau. (*J. of nerv. dis.*, juin.) — PATRIZI. Le temps de réaction simple en rapport avec la courbe plethismographique cérébrale. (*Riv. di freniat*, XXIII, p. 257.) — MICKLE. Formes normales et atypiques du cerveau en rapport avec l'état mental. (*J. of mental sc.*, juill.) — VERGER. Des anesthésie consécutives aux lésions de la zone motrice. (*Thèse de Bordeaux.*) — ARNDT. De la glycosurie alimentaire et transitoire dans les maladies du cerveau. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, X, p. 419.) — M. et Mme DEJERINE. Sur les dégénérescences secondaires consécutives aux lésions de la circonvolution de l'hippocampe, de la corne d'Ammon, de la circonvolution godronnée et du pli rétro-limbique. (*Soc. de biol.*, 19 juin.) — LAPINSKY. Sur la dégénération fibrillaire des capillaires du cerveau, péri et endartérite. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, X, p. 368.) — WERKMEISTER. De la sclérose multiple du cerveau et de la moelle. (*Thèse de Munich.*) — HAMEMANN. Un cas de sclérose multiple du cerveau et de la moelle. (*Ibid.*) — THOMSON. Aphasie sensorielle. (*Edinb. med. j.*, mai.) — MANTLE. Aphasie motrice et sensitive. (*Lancet*, 24 juill.) — BRAMWELL. De l'aphasie. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — LANIZENBERG. De l'aphasie motrice. (*Thèse de Paris.*) — MASING. Troubles du langage dans les lésions de l'insula. (*St-Petersburg. med. Woch.*, 5 juin.) — BONGE. Un cas d'aphasie, traitement. (*Thèse de Berlin.*) — BRUNET. Observation d'aphasie stationnaire pendant 38 ans. (*Arch. de neurol.*, août.) — BURR. Un cas d'amnésie tactile et de cécité psychique. (*J. of nerv. dis.*, mai.) — KŒNIG. Des formes funestes de l'hémispasme glosso-labial. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 381.) — CLAVEY. Recherches cliniques sur les groupes musculaires paralysés dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. (*Thèse de Paris.*) — BOURDICAUD-DUMAY. Sur les troubles de la sensibilité générale, du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. (*Ibid.*) — SPILLER. Cas anormal d'hémiplégie. (*J. of nerv. dis.*, juill.) — DERCUM. 3 cas de type familial de diplégie cérébrale. (*Ibid.*) — LESZYNSKY. Hémorragie mortelle du pont de Varole. (*N. York med. j.*, 5 juin.) — HERVÉ et LABAT. Hémorragie protubérantielle. (*J. méd. Bordeaux*, 11 juill.) — SABRAZÈS et DE BATZ. Automatisme ambulatoire symptomatique d'une cysticercose de l'encéphale. (*Ibid.*, 13 juin.) — GUIZZETTI. Histogenèse du ramollissement cérébral ischémique. (*Arch. per. le sc. med.*, XXI, 1.) — ROBIN et KUSS. Apoplexie cérébrale et glycosurie. (*Méd. mod.*, 31 juill.) — MARTIN. Valeur de la névrite optique, au point de vue des localisations dans les tumeurs intra-craniennes. (*Lancet*, 10 juill.) — BLESSIG. Le diagnostic ophtalmoscopique des affections cérébrales. (*St-Petersb. med. Woch.*, 12 avril.) — ANGELUCCI. Le traitement chirurgical et le pronostic de l'œdème de la papille dans les affections centrales circonscrites. (*Rev. gén. d'opht.*, XVI, p. 193.) — ANGELUCCI. Un nouveau cas d'œdème de la papille par foyer cérébral ou para-cérébral, traité par la craniectomie. (*Riforma med.*, 6 févr.) — GRAUPNER. De l'emploi d'impressions sensorielles acoustiques dans le traitement des troubles moteurs

Digitized by Google

d'origine centrale. (*Wiener med. Woch.*, 5 juin.) — WALTON et BROOKS. Observations sur la chirurgie du cerveau d'après un cas d'hémorragies multiples cérébrales. (*Boston med. Journ.*, 1er avril.) — BEACH. Les feuilles d'or en chirurgie cérébrale. (*Ibid.*, 25 mars.) — TAMBRONI et OBICI. 2 cas de tumeurs des lobes frontaux. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 155.) — MARTIN. Tubercule massif du cerveau. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai.) — WALTON. Tumeur du cerveau. (*Brain*, n° 77.) — MENSINGA. Tumeur de l'hypophyse cérébrale. (*Thèse de Kiel.*) — TONNEL et RAVIART. Sur un cas d'endothéliome cérébral. (*Echo méd. Nord*, 30 mai.) — ZIEHL et ROTH. Un cas de tumeur du cerveau opérée et guérie. (*Deut. med. Woch.*, 6 mai.) — KOCHLER. Des tumeurs de l'hypophyse. (*Thèse de Fribourg.*) — REZEK. Sarcome polymorphe primitif du cerveau. (*Jahrb. f. Psych.*, XVI, 1.) — JACOBSON. Tumeur de la capsule interne. (*Cent. f. Nerv.*, mai.) — CABOT. Un cas de kyste du cerveau accompagné d'épilepsie jacksonienne; intervention, guérison. (*Boston med. Journ.*, 3 juin.) — ELLIOT. Un cas de kyste du cerveau. (*Ibid.*, 3 juin.) — BRISSAUD et DE MASSARY. Diagnostic d'une tumeur cérébrale sans localisation possible. (*Nouv. Icon. de la Salpétrière*, mars.) — STARR et WEIR. Tumeur, gliome du lobe temporal gauche, tentative d'ablation. (*Med. News*, 7 août.) — RECH. Des hernies du cerveau et de la moelle. (*Thèse de Heidelberg.*) — TENNER. Un cas de hernie cérébrale opérée chez un enfant quatre heures après la naissance. (*Wiener klin. Woch.*, 27 mai.) — WIGLESWORTH. 2 cas de porencéphalie. (*Brain*, n° 77.) — BALLANCE. Abcès du lobe sphénoïdal droit, hémiplégie gauche, paralysie de la troisième paire droite. (*Brit. med. j.*, 22 mai.) — PFLEGER et PILEZ. De la microcéphalie. (*Jahrb. f. Psych.*, XVI, 1.) — P. MARIE et SAINTON. Observation d'hydrocéphalie héréditaire (père et fils) par voie de développement du crâne et du cerveau. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mai.) — VARIOT. Influence des mouvements respiratoires sur la tension intra-cranienne dans un cas d'hydrocéphalie ventriculaire. (*J. de clin. inf.*, 6 mai.) — HAUSHALTER et THIRY. Etude sur l'hydrocéphalie. (*Rev. de méd.*, août.) — WHITE et COURTNEY. Un cas d'œdème cérébral traumatique; opération, mort. (*Boston med. Journ.*, 1er juill.) — KIRSCHFINK. De la trépanation dans les tumeurs du cerveau. (*Thèse de Munich.*) — ROSSOLIMO. Résultats de la trépanation pour les tumeurs du cerveau, cysto-glio sarcome, angiome caverneux. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 528.)

Cervelet. — THOMAS. Le cervelet, étude anatomique, clinique, physiologique. (*Thèse de Paris.*) — LENNMALM. De l'ataxie cérébelleuse héréditaire. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 29.) — JACOBY. Ataxie cérébelleuse. (*J. of nerv. dis.*, mai.) — BONNUS. Ramollissement du cervelet et du bulbe. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — KNÖFFELMACHER. Un cas d'ataxie cérébelleuse. (*Wiener med. Blätter*, 3 juin.) — LAPIN. Un cas de tumeur cérébelleuse. (*Lyon méd.*, 18 juill.) — RUEHL. Un cas d'endothéliosarcome primitif multiple du cervelet. (*Thèse d'Erlangen.*) — TRÉNEL et ANTHEAUME. Un cas de gliome volumineux du cervelet. (*Arch. de neurol.*, juil.) — COLLINS. Ablation partielle d'une tumeur sous-corticale cérébelleuse; mort deux mois et demi après l'intervention. (*Med. Record*, 15 mai.)

Césarienne (Opérat.) — COUSINS. Opération césarienne, guérison. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — REYNOLDS. Un cas d'opération césarienne. (*Boston med. Journ.*, 8 juil.) — DIXON. Opération césarienne avec difficultés. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — ADENOT. 3 opérations césariennes suivies de succès, une opération de Porro pour fibrome intraligamenteux. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — SOREL. Opération césarienne pour cancer de l'utérus, enfant vivant. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 317.) — FRITSCH. Nouvelle section

Digitized by Google

dans l'opération césarienne. (*Cent. f. Gyn.*, 22 mai.) — MANDELSTAMM. Un cas d'opération césarienne conservatrice, succès pour la mère et l'enfant. (*Ibid.*, 14 août.) — GOERDES. Opération césarienne, mère et enfant vivants. (*Deut. med. Woch.*, 15 juil.) — TAENDLER. Un cas d'amputation supra vaginale de Porro à la suite d'hémorragies intarissables avec terminaison heureuse. (*Münch. med. Woch.*, p. 140, 9 fév.)

Chancre. — ENDEITZ. Le chancre simple (chancre mou non infectant) de la région céphalique. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — DU CASTEL. Affections chancrelliformes de la verge et du gland. (*Journ. des Praticiens*, 27 févr.)

Charbon. — ROGER et JOSUÉ. Des modifications de la moelle osseuse dans l'infection charbonneuse. (*Soc. de biol.*, 17 juil.) — GORINI. Le charbon dans la campagne milanaise, ses rapports avec les tanneries. (*Giorn. soc. ital. d'igiene*, 15 mars.) — MONIN. Relation d'une épidémie charbonneuse. (*Lyon méd.*, 18 juil.) — DELORE. Pustule maligne du cou. (*Ibid.*, 13 juin.) — PETROFF. Le charbon pulmonaire (maladie des chiffonniers). (*Arch. russes de path.*, juin.) — DRZENIEWICH. Influence du charbon sur la composition de l'air dans les appartements. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

Chirurgie. — CHEEVER. La chirurgie moderne. (*Boston med. Journ.*, 4 juil.) — FISCHER. La chirurgie il y a cent ans. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 fév.) — MALLY. Eclairage électrique d'un service de chirurgie. (*Rev. de chir.*, juil.) — TERRIER. Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1896. (*Progrès méd.*, 27 mars.) — MAYER. Phénomènes mentaux et nerveux censécutifs aux opérations. (*Medicine*, juin.)

Chlorose. — TCHERNOW. La chlorose chez les enfants ; étiologie, traitement. (*Arch. russes de path.*, mars.) — GILBERT et GARNIER. Du souffle chlorotique de la veine cave supérieure et des troncs brachio-céphaliques. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — HAYEM. Sur un cas de chlorose avec goitre fruste et hystérie. (*Méd. mod.*, 7 août.) — NEUMANN. Papillo-rétinite dans la chlorose. (*Thèse de Berlin.*) — SCHMIDT. Papillo-rétinite dans la chlorose. (*Arch. f. Aug.*, mars.) — GOSSELIN. Etiologie et traitement de la chlorose. (*Thèse de Paris.*) — HUCHARD. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de la chlorose. (*J. des Praticiens*, 27 mars.)

Choléra. — ACHARD et BENSAUDE. Séro-diagnostic du choléra. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 avril.) — METCHNIKOFF. Microbiologie du choléra. (*Indépend. méd.*, 5 mai.) — J. VAN'T HOFF. Le spirille de Maaseï. (*Cent. f. Bakt.* XXI, p. 797.) — SOBERNHEIM. Revue générale sur l'immunisation contre le vibrion du choléra asiatique. (*Hyg. Rundsch.*, VII, 4.) — NAKAGAWA. Sur le sérum anticholérique. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — HAAN. Le choléra à Calcutta en 1894 et la vaccination anticholérique. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — BOSSION. Du rôle de la quinine dans l'épidémie cholérique de 1893 en Algérie. (*Thèse de Toulouse.*) — RÉNON. Du rapport étiologique entre le choléra nostras et le choléra indien. (*Arch. gén. de méd.*, juil.) — CASHIN. Sur la réaction du sérum dans le choléra des porcs. (*J. Americ. med. Ass.*, 24 avril.)

Chorée. — FLETCHER. Étiologie de la chorée. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 382.) — RIESMAN. La chorée chez les vieillards, un cas à 75 ans. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — SINKLER. De la chorée. (*Ibid.*, mai.) — VILLANI. De la chorée chronique progressive. (*Riforma med.*, 22 mars.) — MAYER. De

Digitized by Google

la chorée chronique héréditaire. (*Thèse de Fribourg en B.*) — Clarke. De la chorée de Huntington. (*Brain*, n° 77.) — Bechterew. Sur la chorée grave. (*Therap. Wochen.*, 44, 1896.) — Olgski. Sur les accès de la chorée d'Huntington. (*Vratch*, 31 juill.) — Babeau. L'urine dans la chorée. (*Bull. méd.*, 9 juin.) — Overend. Valeur de la belladone et de l'arsenic dans le traitement de la chorée. (*Lancet*, 31 juil.) — Oguse. Etude clinique du cœur dans la chorée. (*Thèse de Paris.*) — Fedorow. Traitement de la chorée par le massage. (*Rev. de psych. russe*, avril.)

Choroïde. — Ginsberg. Etude anatomique sur les ruptures de la choroïde. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 26.) — Fage. Les ruptures de la choroïde. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 351.) — Fromaget et Ulry. Choroïdite séreuse à répétitions coïncidant avec des poussées d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. (*J. méd. Bordeaux*, 13 juin.) — Neese. Sarcome cancéreux mélanotique alvéolaire de la choroïde. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p, 261.)

Climat. — Brower. Le climat dans ses relations avec quelques maladies du système nerveux. (*Medicine*, juill.) — Brown. Influence du climat sur les maladies nerveuses. (*N. York med. j.*, 17 juil.) — Egger, Karcher, Miescher, Suter et Veillon. Influence des climats d'altitudes sur la composition du sang. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXIX, p. 385, 426, 441 et 464.) — Hargens. La station climatérique Hot Springs au point de vue de la santé. (*Med. Record*, 12 juin.) — Greely. Les conditions climatériques dans leurs relations avec la santé. (*Ibid.*) — Baruch. Notes sur les stations climatériques et sanatoria de l'Europe. (*Med. News*, 10 juil.).

Cœur. — Caccianiga. Sur l'innervation cardio-vasculaire. (*Gaz. d. Osped.*, 25 juil.) — Gérard. Le canal artériel au point de vue anatomique, développement, situation, oblitération. (*Thèse de Lille.*) — Cannieu. Anatomie du péricarde. (*Arch. clin. Bordeaux*, juin.) — De Cyon. Les nerfs du cœur et la glande thyroïde. (*Acad. des sc.*, 28 juin.) — Bardier et Truchot. Troubles cardiaques du lapin pendant la tétanisation. (*Soc. de biol.*, 24 juil.) — Grossmann. Des changements du travail du cœur par l'excitation centrale des nerfs. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 219 et 501.) — Bardier. Cardiographie du lapin et du cobaye. (*Arch. de phys.*, IX, p. 704.) — Jacoby. De la physiologie du cœur et de ses rapports avec l'action de la digitale. (*J. méd. Bruxelles*, 19 août.) — Ewald. Rapports entre la zone excitable du cerveau et le labyrinthe. (*Rev. scientif.*, 8 mai.) — Porter. Causes des battements du cœur. (*J. of exp. med.*, II, p. 391.) — Capitan et Mlle Pokrychkine. Les changements de forme du cœur sous l'influence de la course étudiés par le phonendoscope. (*Soc. de biol.*, 3 juil.) — Martin. Anomalie du cœur. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — Jacobson. Anomalie congénitale du cœur. (*Ibid.*) — Mircouche et Boureau. Persistance du trou de Botal chez une femme de 35 ans. (*Ibid.*, 7 mai.) — Young. Absence de la cloison ventriculaire et rétrécissement de l'orifice pulmonaire chez un homme de 32 ans. (*Medicine*, juin.) — Variot. Sur l'indépendance des malformations congénitales du cœur et de la cyanose. (*J. de clin. inf.*, 20 mai.) — Cochez. Relation de 2 cas d'affection cardiaque congénitale. (*Bull. méd. Algérie*, 10 janv.) — Hansemann. Absence congénitale partielle du myocarde. (*Berl. klin. Woch.*, 25 janv.) — Cazin. Communication congénitale entre l'aorte et l'artère pulmonaire sans persistance du canal artériel. (*Thèse de Paris.*) — Hendrick. Un cas de bradycardie esssentielle. (*La Clin. belge*, 17 juin.) — Crook. Etude de 500 cas de maladies du cœur. (*N. York med. journ.*, 19 juin.) — Herrick. Des maladies du cœur dans leurs rapports avec les émotions morales. (*Psycholog. review*, III, 3.) — Israël Rosenthal. Per-

Digitized by Google

cussion du cœur, au point de vue de la valeur de la percussion par dépression latérale. (*Nord. med. Arkiv*, VII.) — GABORIAUD. Un cas de maladie de Stokes-Adam, pouls lent, permanent et crises épileptiformes. (*Gaz. méd. Nantes*, 1er mai.) — FARAUT. De la séméiologie cardiaque. (*Thèse de Paris.*) — BARIÉ. L'exploration de l'oreillette gauche, examen du cœur par la région dorsale. (*Bull. méd.*, 28 juil.) — EDGREN. Sur les souffles cardiaques accicentels. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, p. 3.) — QUAIN. Mécanisme de production du premier bruit du cœur. (*Lancet*, 19 juin.) — MONCORGÉ. Un cas de souffle cardiaque musical. (*Loire méd.*, 15 juin.) — SANDERS. Bruits cardio-pulmonaires. (*Edinb. med. j.*, mai.) — MERKLEN. Le syndrome asystolique. (*Presse méd.*, 7 août.) — BOTTAZZI. Sur la systole post compensatrice, contribution à l'excitation électrique du cœur. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 121.) — GIBSON. Notes sur la débilité du cœur. (*Journ. of path. and bact.*, IV, p. 465.) — DE DOMINICIS. Sur l'hypertrophie idiopathique du cœur. (*Wiener med. Woch.*, 22 mai.) — HASENFELD et ROMBERG. De la force de réserve du cœur hypertrophié ; de l'hypertrophie du cœur dans l'insuffisance aortique. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXIX, p. 333.) — BASCH. La doctrine de la dyspnée cardiaque. (*Wiener med. Woch.*, 3 juil.) — CADIOT. De la dyspnée au point de vue de la péricardite rhumatismale. (*Thèse de Bordeaux.*) — COLLA et FERRIO. Sur un facteur important de l'hyperglobulie dans les troubles cardiaques. (*Giorn. Accad. Med. Torino*, mars.) - DE SEVEDAVY. De la congestion isolée du foie dans les cardiopathies. (*Thèse de Paris.*) — WILLIAMS. Tachycardie paroxystique. (*Bristol med. chir. j.*, juin.) — DALCHÉ. Les métrorragies dans les maladies du cœur. (*Gaz. des hôp.*, 8 juill.) — LORRAIN. Symphyse cardiaque, tuberculose du péricarde. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai.) — GARBER. Un cas de péricardite purulente due à un traumatisme. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 juin.) — RABÉ. La péricardite brightique. (*Gaz. des hôp.*, 21 août.) — SHATTUCK. Quelques points de diagnostic et de traitement de la péricardite. (*Boston med. Journ.*, 8 juill.) — SEARS. Etude sur 100 cas de péricardite aigu. (*Ibid.*, 22 avril.) — HARBITZ. Sur l'endocardite. (*Norsk. Mag.*, suppl., mai.) — ZOUBKOWSKI. Endocardite ulcéreuse. (*Med. Obozr.*, janv.) — WALKER. Un cas d'endocardite végétante aiguë avec absence du murmure cardiaque, autopsie. (*J. Americ. med. Ass.*, 3 avril.) — BRUNTON. De l'endocardite. (*Edinb. med. j.*, mai.) — BANTI. L'endocardite diplococcoque. (*Settim. med.*, 13 fév.) — THIROLOIX et ROSENTHAL. Endocardite végétante streptococcique, myélite suraiguë en foyer, paraplégie, mort. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — DALCHÉ et KUSS. Endocardite infectieuse à streptocoques avec myocardite, mort subite. (*Bull. méd.*, 11 août.) — HARBITZ. De l'endocardite, anatomie pathologique et étiologie. (*Christiania.*) — KANTHACK et TICKELL. Notes sur l'étiologie de l'endocardite infectieuse. (*Edinb. med. j.*, juil.) — WELLS. L'endocardite, symptômes et traitement. (*Med. News*, 31 juil.) — HOLST. De l'endocardite aiguë. (*Arch. de méd. expér.* IX, p. 805.) — HOEFLMAYR. Souffles cardiaques nerveux, contribution au chapitre des névroses du cœur. (*Münch. med. Woch.*, p. 89, 26 janv.) — MAGDELEINE. Des souffles cardio-pulmonaires, souffles diastoliques de la base. (*Thèse de Paris.*) — LAROYENNE. Maladie du cœur avec rétrécissements orificiels multiples. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — MARCHIAFAVA. De la sténose des orifices des artères coronaires. (*Soc. lancis. Osped. Roma*, 3 avril.) — BARNES. Sur le diagnostic des affections valvulaires du cœur. (*N. York med. j.*, 21 mai.) — GALLIARD. Un cas de sigmoïdite aiguë. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 janv.) — ROCHER. Des terminaisons de la sténose congénitale de l'artère pulmonaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — LAUNOIS. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. (*J. des Praticiens*, 17 avril.) — PREBLE. Insuffisance relative des valvules de l'artère pulmonaire. (*Journ.*

Digitized by Google

Americ. med. Ass., 29 mai.) — Rendu. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et cyanose chez un sujet atteint d'inversion viscérale. (*Bull. méd.*, 24 fév.) — Gla. De la malade de Duroziez. (*Thèse de Toulouse.*) — Stadelmann. Double lésion mitrale avec dilatation aiguë du cœur chez une jeune fille par surmenage physique. (*Berl. klin. Woch.*, 22 fév.) — Nascimbene. Un cas de rétrécissement mitral de Duroziez avec communication anormale entre les deux oreillettes par le trou de Botal. (*Riforma med.*, 17 mars.) — Royer. Sur l'insuffisance et le rétrécissement mitral spasmodique. (*Thèse de Paris.*) — Boyd. Redoublement apparent du second bruit dans le rétrécissement mitral. (*Rep. laborat. Royal College Edinb.*, VI, p. 252.) — Chauffard. Insuffisance tricuspidienne par valvulite rhumatismale de la tricuspide. (*Bull. méd.*, 16 mai.) — Mackenzie. Signe diagnostique du rétrécissement tricuspidien. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — Futran. Pouls veineux, centrifuge véritable, sans insuffisance tricuspide avec insuffisance mitrale et vraisemblablement persistance du trou ovale. (*Berl. klin. Woch.*, 8 fév.) — Merklen. Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 fév.) — Julia. Des insuffisances aortiques. (*Thèse de Paris.*) — Jaccoud. Insuffisance aortique. (*Bull. méd.*, 2 juin.) — Lewy. Mécanisme de l'insuffisance aortique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 379.) — Bonnet. Sur un cas de pseudo-insuffisance aortique. (*Lyon méd.*, 8 août.) — Girard. Le double souffle intermittent crural sans insuffisance aortique. (*Thèse de Paris.*) — Cade. Malformation du cœur, maladie bleue. (*Lyon méd.*, 18 juil.) — Lemoine. De la myocardite parenchymateuse. (*L'Abeille méd.*, 22 mai.) — Gourwitch. Myo-fibrose du cœur; anatomie pathologique. (*Thèse de Jouriew.*) — Pueschmann. Anatomie pathologique de la tuberculose du cœur. (*Thèse de Leipzig.*) — Nattan-Larrier. Tuberculose du cœur. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Fontoymont. Tuberculose du myocarde. (*Ibid.*, 19 fév.) — Letulle. Un cas de tuberculose du cœur. (*Ibid.*) — Weill. Myocardite tuberculeuse, enfant. (*Lyon méd.*, 16 mai.) — De Renzi. Sur le traitement des maladies du cœur. (*Riv. clin. e terapeutica*, fév.) — Huchard. Traitement des palpitations. (*Journ. des Praticiens*, 1er mai.) — Mme Tacké. Traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise. (*Thèse de Paris.*) — Rochester. Pronostic et indications thérapeutiques dans les affections cardiaques chroniques. (*J. Americ. med. Ass.*, 26 juin.) — Hirschfeld. Sur les indications thérapeutiques de l'exercice musculaire chez les cardiaques. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 janv.) — Lemoine. Le traitement de la myocardite parenchymateuse. (*Nord méd.*, 1er mai.) — Baronaki. De l'emploi de la théobromine dans l'asystolie des vieillards. (*Thèse de Paris.*) — Jaccoud. Intoxication médicamenteuse par la digitale, emploi de ce médicament dans les affections du cœur. (*Bull. méd.*, 4 juil.) — Rickes. Hématome valvulaire du cœur. (*Thèse de Fribourg.*) — Lennertz. Sur les plaies du cœur et leur traitement. (*Thèse de Paris.*) — Rehn. Des plaies pénétrantes et de la suture du cœur. (26e *Cong. de Chir., Berlin*, avril.) — Groom. Rupture du cœur. (*Lancet*, 1er mai.) — Milian. Rupture du cœur gauche, thrombose de la coronaire gauche. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.)

Conjonctif (Tissu). — Flemming. Sur le développement des fibrilles conjonctives collagènes chez les amphibies. ((*Arch. f. Anat.*, Heft 3 et 4, p. 171.) — Van Name. La gélatine du tissu fibreux blanc connectif. (*J. of exper. med.*, II, p. 117.) — Livini. Distribution du tissu élastique dans les divers organes. (*Lo sperimentale*, L, p. 342.) — Neumann. Sur la dégénérescence du tissu conjonctif fibrineux. (*Forts. d. Med.*, 15 mai.) — Loisel. Formation et évolution des éléments du tissu élastique. (*J. de l'anat.*, mars.)

Conjonctive. — Augiéras. De l'examen microscopique des sécrétions conjonc-

Digitized by Google

tivales au point de vue clinique. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 396; *Rec. d'opht.*, juillet, et *Ann. d'ocul.*, mai, p. 361.) — Morax. Le diagnostic microscopique des conjonctivites. (*Ibid.*) — Thilliez. Dégénérescence amyloïde de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 369.) — Kalt. Antisepsie préopératoire de la conjonctive. (*Ibid.*, p. 365.) — Gromagowski. Étiologie de la conjonctivite catarrhale épidémique (*Thèse de St-Pétersb.*) — Biard. De la conjonctivite subaiguë. (*Thèse de Paris.*) — Darier. De la forme tarsienne du catarrhe printanier. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 378.) — Peters. De la conjonctivite diplobacillaire chronique. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.) — Pick. Histologie du trachome, (*Ibid.*, mai.) — Bach. Traitement de la conjonctivite granuleuse. (*Med. News*, 24 juillet.) — Pylkow. Sur le traitement des granulations trachomateuses par l'iode. (*Vratch*, 27 mars.) — Elschnig. Infiltrations syphilitiques de la conjonctive bulbaire. (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, mai.) — Valude. Conjonctivite à streptocoques et kératite ponctuée superficielle. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Brennecke. Le streptocoque pyogène cause de conjonctivite diphtérique à la suite de rougeole. (*Medicine*, juin.) — Peters. Sur la conjonctivite diplobacillaire. (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, juin.) — Haab. Nature diphtérique de la conjonctivite pseudo-membraneuse. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Fromaget et Laffay. Injections sous-conjonctivales de salicylate de soude. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.) — Faumeier. Du cysticerque sous-conjonctival. (*Thèse de Leipsig.*) — Rohmer. De la suture conjonctivale en bourse. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet).

Cornée. — Berbineau. Des rayons de courbure de la cornée et de leurs rapports avec l'amétropie de l'œil. (*Thèse de Bordeaux.*) — Zimmermann. Lésions congénitales de la cornée et de la sclérotique chez le chien. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juillet.) — Uhthoff et Axenfeld. Nouvelles recherches sur la bactériologie de la kératite chez l'homme, en particulier de la kératite suppurée. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 172.) — Tepljaschin. Des maladies de l'œil d'origine intra-utérine, l'opacité congénitale de la cornée. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 74.) — Despagnet. Déformation globuleuse des cornées. (*Soc. d'opht. Paris*, 6 avril.) — Galezowsky. Des kératites parenchymateuses sympathiques et réflexes, de leur traitement. (*Rec. d'opht.*, août.) — Bourtzew. Sur la kératite parenchymateuse. (*Vratch*, 15 mai.) — Andreew. Sur la formation de l'hypopyon dans les kératites. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Muetze. Kératite bilatérale parenchymateuse, par syphilis héréditaire. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 226.) — Kœnig. Kératite parenchymateuse récidivante d'origine utérine. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 370.) — Ramirez. Sur la kératite parenchymateuse diffuse hérédo-cachectique chez l'adulte. (*Thèse de Montpellier.*) — Fromaget. Traitement des kératites suppuratives. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juillet.) — Derby. Un cas d'incrustation pseudo-métallique de la cornée. (*Boston med. Journ.*, 22 avril.) — Dufour. L'ulcère rongeant de la cornée. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 345.) — Burnham. L'ulcère torpide de la cornée. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 268.) — Veasey. Traitement des ulcères compliqués de la cornée. (*Therap. Gaz.*, 15 juill.) — Mazet. De la greffe conjonctivale dans les ulcères rebelles et torpides de la cornée. (*Rec. d'opht.*, juillet.) — Rochon-Duvigneaud. Traitement des ulcérations graves de la cornée. (*J. des Praticiens*, 29 mai.) — Bossalino. Le traitement chirurgical du kératocone au moyen de la section périphérique de la cornée. (*Giorn. Accad. med. Torino*, mars.) — Snellen. Traitement du kératocone. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 105.) — Ginsberg. Des kystes séreux épithéliaux de la cornée et néoformation de glandes dans le catarrhe conjonctival. (*Ibid.*, p. 112.) — Strouse. Sarcome du limbe cornéen. (*Arch. of Opht.*, p. 217.) — Oliver. Un cas d'épithelioma à l'union de la cornée et de la sclérotique. (*Ibid.*, XXVI, p. 270.) — Hotz. Emploi des greffes de Thiersch dans l'opé-

Digitized by Google

ration du ptérygion. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.) — TERSON. Indications et technique du tatouage de la cornée. (*J. de méd. Paris*, 18 juillet.)

Coqueluche. — BARGELLINI. Influence de la vaccination sur la coqueluche. (*Settimana med.*, 14 août.) — ACH. Étiologie de la coqueluche. (*Thèse de Wurzbourg.*) — ASTARJIEFF. De la coïncidence de la coqueluche avec la rougeole. (*Thèse de Montpellier.*) — WEILL. Durée de la contagion de la coqueluche. (*Lyon méd.*, 9 mai.) — AUSSET. Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Mort subite au cours d'une coqueluche intercurrente. (*Rev. mens. mal. enf.*, juill.) — MICHEL. Sur les paralysies dans la coqueluche. (*Thèse de Paris.*) — BRAYN. Traitement de la coqueluche par le naphtalène. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — LE JEUNE. Le chlorhydrate de phénocolle dans le traitement de la coqueluche. (*La Clin. Bruxelles*, 27 mai.) — COTTRELLE. Du tussol dans le traitement de la coqueluche. (*Gaz. méd. de Picardie*, fév.)

Corps étrangers. — CASTELLANI. Corps étrangers des voies respiratoires. (*Gaz. d. Osped.*, 6 juin.) — GARNER. Corps étranger de la bronche gauche. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — MC SHANE. Deux cas de corps étrangers de la trachée, trachéotomie, guérison. (*Laryngoscope*, mai.) — GRIFFITH. Corps étranger de l'orbite. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — FISCHER. Un pou de poule, comme corps étranger de la cornée. (*Münch. med. Woch.*, p. 112, 2 fév.) — DELATOUR. Ablation d'un corps étranger de l'œsophage déterminé par les rayons Rœntgen. (*Med. Record*, 1er mai). — BRIAIS. Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — FRANKEN. Un cas de déglutition d'un râtelier. (*Münch med. Woch*, 9 fév.) — VERNET. Un cas de lithophagie. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.) — TUFFIER. Une aiguille dans une épiplocèle. (*Presse méd.*, 12 août.) — DELBET. Migration d'un fil de suture, abcès de l'ombilic. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — BRINTON. Sur les manipulations digitales par l'ablation de morceaux de sonde ou d'autres instruments cassés accidentellement et séjournant dans l'urètre de l'homme. (*Med. Record*, 10 juill.) — BAUR. Neuf cas de corps étrangers de la vessie. (*Thèse de Munich.*) — LIMPER. Des corps étrangers de l'urètre et de la vessie. (*Thèse de Bonn.*) — BAZY. Des corps étrangers ignorés de la vessie. (*Gaz. des hôp.*, 25 mai.) — PACKARD. Corps étranger de la vessie. (*Ann. of surg.*, mai.) — LOUMEAU. Corps étranger de la vessie, épingle à cheveux. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juill.) — OLDAG. Corps étranger de l'utérus. (*Deut. med. Woch*, 3 juin.) — DELETTREZ. Corps étrangers du genou. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 mars.)

Cou. — SOUCHON. Les affections chirurgicales de la région du cou. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 janv.) — MORRIS. Traitement des plaies du cou et de la gorge par la suture immédiate de tous les tissus divisés. (*Lancet*, 5 juin.)

Crâne. — MAGGI. Résultats de recherches morphologiques sur les os et les fontanelles du crâne humain. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 230.) — JAMES. Étude physique de la cavité cranienne. (*Scottish med. j.*, juill.) — GULDBERG. Découverte des vieux crânes norvégiens. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, p. 13.) — BONNIFAY. Du développement de la tête au point de vue de la céphalométrie depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. (*Thèse de Lyon.*) — D'ASTROS et BONNIFAY. Le crâne hydrocéphale du musée de Longchamp. (*Marseille méd.*, 1er janv.) — OTT. Sur deux malformations congénitales du crâne, l'encéphalocèle et l'encéphalome. (*Thèse de Paris.*) — BERGER. Du traitement chirurgical du prognatisme. (*Thèse de Lyon.*) — ALTERMATT. Du scalp total. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 766.) — WALD. Un cas d'astasie abasie après lésion du crâne. (*Deut. med. Woch.*, 22 juill.) — BULLARD. Les

Digitized by Google

résultats éloignés des fractures du crâne. (*Boston med. Journ.*, 29 avril.) — Oliver. Symptômes ophtalmiques dans un cas de fracture de la base antérieure du crâne. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.) — Legueu et Couvelaire. Enfoncement de la voûte du crâne, hémiplégie sans coma, ablation des esquilles, guérison. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — Berchoud. Fracture du crâne avec issue abondante de substance cérébrale, guérison. (*Lyon méd.*, 27 juin.) — Reignier. Fracture du frontal par choc direct, méningo-encéphalite purulente, mort le quatrième jour. (*Centre méd.*, 1er juill.) — Brault. Plaie pénétrante du crâne, trépanation. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 juill.) — Blanc. Fracture de la base du crâne par balle de revolver, hémiplégie corticale avec aphasie, abcès du cerveau, trépanation, extraction de la balle, mort par encéphalite diffuse. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Mareau. Deux cas de chirurgie cranio-cérébrale. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 212.) — Parlavecchio. Cinq craniectomies, indications de l'intervention immédiate dans les traumatismes de la tête. (*Soc. lancis. osp. Roma*, 20 mars.) — Gruenberg. Deux cas de sarcome perforant du crâne. (*Thèse de Greifswald.*) — Puginier. Des épitheliomas épicraniens et de leur propagation à la voûte du crâne. (*Thèse de Montpellier.*)

Criminels. — De Arcangelis. Les stigmates épileptoïdes chez les criminels aliénés. (*Riv. di freniat.*, XXIII, p. 384.) — Delassus. Les criminels et les théories de la criminalité. (*J. de méd. Lille*, 21 août.) — Rakowsky. De la question de l'étiologie du crime et de la dégénérescence, précédée d'un aperçu sur les principales théories de la criminalité. (*Thèse de Montpellier.*)

Cristallin. — Ritter. Le développement du cristallin. (*Arch. f. Aug.*, mars.) — Antonelli. Le croissant linéaire du cristallin dans certaines formes de cataracte. (*Ann. d'ocul.*, juill.) — Plaut. De la résorption spontanée de la cataracte. (*Thèse de Kiel.*) — Mutermilch. Notes sur l'opération de la cataracte. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Kœnig. Guérison spontanée de la cataracte. (*Soc. d'opht. Paris*, 6 avril.) — Milbury. Remarques sur 76 cas d'extraction de cataracte. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 avril.) — Terson. Sur un cas d'hémorragie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de cataracte. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 350.) — Ebner. Rapport sur 400 extractions de cataracte sénile faites par V. Rothmund. (*Münch. med. Woch.*, p. 275, 16 mars.) — Salzmann. Diminution de la réfraction par la suppression du cristallin. (*Arch. f. Aug.*, mars.) — Rumschewitsch. Anatomie pathologique des luxations spontanées du cristallin. (*Arch. f. Aug.*, mars.)

D

Daltonisme. — Adler. Remarques sur l'épreuve des crayons de couleur, nouvelle méthode pour rechercher la cécité colorée. (*Münch. med. Woch.*, p. 338, 30 mars.) — Gorz. Recherche sur la cécité des couleurs, spécialement chez les employés de chemins de fer. (*Ibid.*, p. 196, 23 fév.)

Démographie. — Guillon. Sur la mortalité infantile dans la Vienne. (*Thèse de Paris.*) — Morax. La santé publique dans le canton de Vaud. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 578.)

Digitized by Google

Dent. — Moty. Du rôle du canal dentaire dans la propagation des infections d'origine dentaire. (*Gaz. des hôp.*, 22 mai.) — Bacque. Arthrite infectieuse alvéolo-dentaire. (*Limousin méd.*, mai.) — Kœrner. Des rapports des maladies dentaires avec les engorgements lymphatiques. (*Thèse de Halle.*) — Marchandé. De la maladie de Fauchard. Sa pathogénie. (*J. des Praticiens*, 20 mars.) — Rosenthal. Des extractions dentaires. (*La policl. Bruxelles*, 1er avril.)—Kronfeld. Un cas d'hémorragie sous-muqueuse et sous-cutanée consécutive à l'arrachement d'une dent. (*Wiener med. Woch.*, 17 avril.)— Touchard. De l'eucaïne en chirurgie dentaire. (*Bull. gén. de thérap.*, 8 mai.) — Krause. Traitement des dents à pulpe mise à nu. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Didsbury. De l'emploi du formol en chirurgie dentaire. (*J. de méd. Paris*, 18 juill.)

Désinfection. — Doty. Désinfection par la vapeur. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — Deschamps. La désinfection contre les maladies contagieuses. (*L'Indépend. méd.*, 23 juin.) — Trillat. Nouveaux essais de désinfection par les vapeurs de formaldéhyde. (*Nord méd.*, 1er juin.) — Bosc. Désinfection par les vapeurs sèches de formol; nouveau dispositif permettant la désinfection pratique à l'aide d'air ou de gaz secs saturés de formol à froid. (*N. Montpellier méd.*, 20 mars.) — Huc. La désinfection des appartements par le formol. (*Thèse de Toulouse.*) — Berlioz. Expériences de désinfection au moyen des vapeurs d'aldéhyde formique. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Frenkel. Sur un nouveau procédé d'application de l'aldéhyde formique. (*France méd.*, 2 avril.) — Jona. La désinfection par les vapeurs de formaldéhyde. (*Riv. veneta sc. med.*, 30 avril.) — Piton. Rapport sur la désinfection par le chloroformol des locaux contaminés, hôpital maritime de Brest. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Eckstein. De la valeur de la désinfection par l'éthylènediamide-créosol. (*Thèse de Leipsig.*) — Kosinoff. Propriétés désinfectantes du nosophène. (*Vratch*, 3 juill.) — Marx. Recherches expérimentales sur la désinfection par l'actol. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 573.)

Diabète. — Rosenberg. De la glycosurie alimentaire chez les sujets sains. (*Thèse de Berlin.*) — Liévin. De la glycosurie alimentaire. (*Thèse d'Erlangen.*) — Strauss. Etude de la glycosurie neurogène et thyriogène. (*Deut. med. Woch.*, 29 avril.) — Hédon. Action de la phloridzine chez les chiens diabétiques par l'extirpation du pancréas. (*Soc. de biol.*, 16 janv.) — Wadsworth. La valeur clinique de la glycosurie comme symptôme de diabète sucré. (*Med. Record*, 29 mai.) — Bremer. Diagnostic du diabète par l'examen du sang par les couleurs d'aniline. (*Cent. f. inn. Med.*, 5 juin.) — P. Marie et Le Goff. De la réaction de Bremer sur le sang des diabétiques. (*Soc. méd. des hôp.*, 30 avril.) — Marie et Le Goff. Dosage du glucose dans le sang par le bleu de méthylène. (*Ibid.*, 7 mai.) — Le Goff. Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré, applications thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Munson. La chimie de l'urine dans le diabète sucré. (*J. Americ. med. Ass.*, 1er mai.) — Hare. La fréquence croissante du diabète. (*Med. News*, 12 juin.) — Boisumeau. Du diabète dit conjugal. (*Thèse de Paris.*) — Lépine. Genèse des différentes formes de diabète sucré. (*Semaine méd.*, 28 juill.) — Lenné. Sur le diabète sucré. (*Deut. med. Woch.*, 5 août.) — Senator. Des rapports entre le diabète sucré et le diabète insipide. (*Ibid.*, 10 juin.) — Burgess. Un cas de diabète insipide. (*Dublin Journ.*, 1er avril.) — Pollatschek. Un cas de diabète insipide. (*Wiener med. Woch.*, 29 mai.) — Lépine. Hyperglycémie extraordinaire (10 0/00) chez une diabétique. (*Lyon méd.*, 8 août.) — Troisier. Sur un cas de diabète bronzé. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 fév.) — Rendu et Massary.

Digitized by Google

Cirrhose et diabète bronzé. (*Ibid.*, 5 fév.) — MARIE et ROBINSON. Sur un syndrome clinique et urologiques se montrant dans le diabète lévulosurique et caractérisé par un état mélancolique avec insomnie et impuissance. (*Ibid.*, 25 juin.) — HENSAY. Etude du système nerveux central dans le diabète. (*Thèse de Strasbourg.*) — WILLIAMSON. Les réflexes rotuliens dans le diabète. (*Lancet*, 17 juill.) — LAUDENHEIMER. Pseudo-paralysie diabétique. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 546.) — SOUQUES et MARINESCO. Lésions de la moelle épinière dans un cas de diabète sucré. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — PELISSIER. Des pneumopathies à marche foudroyante chez les diabétiques. (*Thèse de Montpellier.*) — WINTER. Les complications rénales du diabète sucré. (*Thèse de Paris.*) — BRUHL. Diabète sucré chez une brightique, troubles trophiques à forme d'acromégalie. (*Méd. mod.*, 4 août.) — KOHOS. Pathogénie et traitement du coma diabétique. (*La méd. orient.*, juin.) — STERN. Stade prodromique, diagnostic et traitement précoces du diabète. (*N. York med. j.*, 10 juill.) — LENNÉ. Traitement du diabète sucré. (*Therap. Mon.*, mai.) — LUPO. 2 cas de diabète sucré avec guérison complète. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 mai.) — GROMMES. De la nutrition rationnelle des diabétiques. (*Thèse d'Erlangen.*) — DUNLOP. Valeur diététique de la graisse dans le diabète. (*Rep. laborat. royal coll. Edinb.*, VI, p. 240.) — TESCHEMACHER. Sur le traitement du diabète sucré : 1° Le vin mousseux doux est-il nuisible aux diabétiques ? 2° Des lavements nutritifs chez ces malades. (*Münch. med. Woch.*, p. 251, 9 mars.) — MARIE et LE GOFF. Observation d'un diabétique traité par injections de bleu de méthylène, disparition du sucre au bout de six semaines. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 mai.) — MARIE et LE GOFF. Note sur deux nouvelles observations de diabète sucré traité par ingestion de bleu de méthylène. (*Ibid.*, 28 mai.)

Digestion. — BALDI. Sur l'influence du suc pancréatique comparativement à celle de la bile dans l'absorption des graisses. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 255.) — HÉDON et VILLE. Sur la digestion et la résorption des graisses après fistule biliaire et extirpation du pancréas. (*Arch. de phys.*, IX, p. 606.) — HÉDON. Sur le rôle du suc pancréatique et de la bile dans la résorption des graisses. (*Ibid.*, p. 622.)

Diphtérie. — KOHOS. Sur le développement tardif du bacille diphtérique. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — GIBIER. Procédé permettant d'obtenir une toxine diphtérique extra-toxique. (*Ibid.*, 1er mai.) — CHARRIN et LEFÈVRE. Action de la pepsine sur la toxine diphtérique. (*Ibid.*, 31 juill.) — NICOLAS et COURMONT. De la leucocytose dans l'intoxication et l'immunisation expérimentales par la toxine diphtérique. (*Ibid.*, 29 mai ; *Lyon méd.*, 18 juill., et *Arch. de méd. exp.*, IX, 737.) — FILÉ. La leucocytose dans l'infection diphtérique et de la sérothérapie. (*Lo speriment.*, L, p. 284.) — MONTEFUSCO. Manière de se comporter du bacille diphtérique sur les substances alimentaires. (*Ann. d'igiene*, VI, 3.) — BRODIE. Chimie de l'antitoxine diphtérique. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 460.) — SALOMONSEN et MADSEN. Recherches sur la marche de l'immunisation active contre la diphtérie. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 315.) — NIKONOROW. Essais de provoquer l'immunité chez les animaux par la toxine et l'antitoxine diphtériques. (*Vratch*, 29 mai.) — SALOMONSEN et MADSEN. Sur les différences du pouvoir antidiphtérique chez les chevaux activement immunisés. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 9.) — DZERJGOWSKY. De l'antitoxine contenue dans le sang et les organes des chevaux immunisés contre la diphtérie. (*Arch. sc. biol. St.-Pétersb.*, V, p. 123.) — ENGELHARDT. La diphtérie à Marseille. (*Thèse de Paris.*) — DENNIG. Contribution à la connaissance de la diphtérie. (*Münch. med. Woch.*, n° 6, p. 133, 9 fév.) — VARIOT. Les associations microbiennes dans la diphtérie. (*J. de*

Digitized by Google

clin. inf., 5 août.) — Lemoine. Virulence du bacille de Lœffler dans ses rapports avec les formes cliniques de l'angine diphtéritique. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juin.) — Guillemaut. Incertitude des associations microbiennes sur sérum dans le pronostic de la diphtérie. (*J. de clin. inf.*, 3 juin.) — Guillemaut. Etude sur l'angine diphtéritique. (*Gaz. des hôp.*, 8 juin.) — Mollard et Regaud. Lésions chroniques expérimentales du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique. (*Soc. de biol.*, 10 juill.) — Mollard et Regaud. Histogenèse des scléroses du myocarde produites par l'intoxication diphtérique expérimentale. (*Ibid.*, 17 juill.) — Mollard et Regaud. Athérome de l'aorte chez des animaux soumis à l'intoxication diphtérique. (*Ibid.*) — Schmaltz. Les modifications de l'appareil circulatoire dans la diphtérie. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 89.) — Hermkes. Paralysie du cœur dans la diphtérie. (*Thèse de Bonn.*) — Deguy. Myocardite diphtérique. (*J. des Praticiens*, 20 mars.) — Sanor. Diphtérie chez un enfant de 9 jours. (*N. York med. j.*, 26 juin.) — Hirschfeld. De la diphtérie scarlatineuse et son traitement. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 238.) — Schanz. Le diagnostic rapide du bacille diphtéritique de Lœffler (impraticable en 24 heures). (*Berlin. klin. Woch.*, 18 janv.) — Jessen. Les cas de diphtérie prolongée. (*Cent. f. inn. Med.*, 15 mai.) — Coppez. Les altérations cornéennes dans la diphtérie de l'œil et le traitement local par le sérum. (*Rev. gén. d'opht.*, XVI, p. 197, et *Ann. d'ocul.*, p. 347, mai.) — Mya. De la pathogénie de la bronchopneumonie diphtérique. (*Wiener med. Blätter*, 15 avril.) — Mouravieff. Effet du poison diphtérique sur le système nerveux et sur les muscles. (*Arch. russes de pathol.*, avril.) — Levi. Hémiplégie, suite de diphtérie avec gangrène. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 mai.) — Stefens et Parfitt. 3 cas de diphtérie hémorragique. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 424.) — De Lapersonne. Sur un cas d'infection de plaies chirurgicales par le bacille de Lœffler. (*Bull. Soc. méd. du Nord*, 23 avril.) — Thellier. La diphtérie à Lille, son traitement à l'hôpital St-Sauveur. (*Thèse de Lille.*) — Herald. Le traitement de la diphtérie. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — Vian. De l'huile brute de petrole dans le traitement de la diphtérie oculaire. (*Ann. d'ocul.*, p. 372, mai, et *Rec. d'opht.*, juill.) — Méry. Diagnostic bactériologique de la strepto-diphtérie. (*Gaz. des hôp.*, 24 juill.) — Avira gnet et Apert. Indications et mode d'emploi du sérum antidiphtérique. (*Ibid.*) — Gavrilow. Résultats du traitement antidiphtérique par le sérum dans le gouvernement de Penza en 1896. (*Vratch*, 26 juin.) — Slater et Cameron. Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine à St-Georges hospital. (*Lancet*, 12 juin.) — Békésy. Les résultats de la sérothérapie diphtérique en Hongrie. (*Wiener klin. Rundsch.*, 18 avril.) — Gottstein. Critique de la sérothérapie diphtérique. (*Münch. med. Woch.*, p. 176, 16 fév.) — Ippolitow. Résultats de l'application du sérum antidiphtérique dans quelques contrées de la Russie. (*St-Pétersb.*) — Gouget. De l'action du sérum antidiphtérique sur l'albuminurie préexistante. (*Soc. de biol.*, 31 juill.) — Murier. De l'emploi de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup. (*Thèse de Paris.*) — Stirling. 12 cas de diphtérie laryngée traités par la trachéotomie et l'antitoxine. (*Scottish med. j.*, juin.) — Hughes. Tubage du larynx dans la diphtérie. (*Ibid.*) — May et Kanthack. Causes de la mort dans les cas de diphtérie traités par l'antitoxine. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 335.) — Jourdan. Appareil pour la récolte et la décantation aseptiques du sérum antidiphtérique. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — Connell. Tubage et antitoxine. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — Mlle Schultz. Traitement opératoire du croup, écouvillonnage du larynx et dilatation de la glotte. (*Thèse de Paris.*) — Halsted. Tubage dans la diphtérie avant et depuis l'emploi de l'antitoxine. (*N. York med. j.*, 12 juin.) — Bonain. L'intubation du larynx dans le

Digitized by Google

croup, de l'énucléation, de la théorie cricoïdienne de la fixation des tubes. (*Presse méd.*, 21 juill., et *J. de clin. inf.*, 5 août.) — Delotte. 10 cas de tubage pour croup. (*Limousin méd.*, juin.) — Landais. Un cas de croup traité par le tubage. (*Gaz. méd. Nantes*, 19 juin.) — Papkow. Sur l'intubation dans la diphtérie. (*Vratch*, 10 juill.)

Dysenterie. — Escoffre. Du fonctionnement de l'estomac dans la diarrhée chronique consécutive à la diarrhée des pays chauds et à la dysenterie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bertrand. Pathogénie de la dysenterie, microbes et toxines de l'intestin dysentérique. (*Rev. de méd.*, juill.) — Bize. Dysenterie chronique. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — Alvarez y Canas. La dysenterie à Paris. (*Thèse de Paris.*) — Bosc et Vedel. Traitement des dysenteries graves par les injections intraveineuses d'eau salée. (*Presse méd.*, 23 juin.)

E

Eau. — Rouquerol. Des eaux dans la Régence de Tunis et le Sahara tunisien au point de vue de l'hygiène. (*Thèse de Paris.*) — Breit. Les eaux potables de Hall en Souabe au point de vue hygiénique. (*Hyg. Rundsch.*, VII, p. 78.) — Gartner. La pollution des eaux potables à Dresde par les crues de l'Elbe. (*Ibid.*, VII.) — Jelliffe et Vogel. Étude de quelques microorganismes trouvés dans l'eau de New-York. (*N.-York med. j.*, 29 mai.) — Fischer. Recherches sur l'infection du port de Kiel par les eaux d'égout de la ville. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIII.) — Bréville. Étude sur l'eau potable et les méthodes actuelles d'analyse chimique et bactériologique. (*Thèse de Paris.*) — Huefner. Diffusion de l'oxygène et de l'acide carbonique dans l'eau. (*Archiv für Physiologie*, p. 112.) — Passiglo. Sur un nouvel appareil apte à prélever des échantillons d'eau, dans les couches profondes, pour les recherches bactérioscopiques. (*Settim. med.*, 20 mai.)

Eaux minérales. — Wollmer et Aschoff. Le chlorure de calcium et les eaux de Kreusnach, influence sur les nerfs cutanés et les échanges nutritifs. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 23.) — Joutzkewitch. Analyse clinique d'une source d'Essentouki (saline, ferrugineuse, alcaline.) (*Thèse de St-Pétersb.*) — Laissus. Du traitement de quelques affections utérines chroniques par les eaux de Salins-Moutiers. (*Thèse de Lyon.*) — Kisch. De l'influence de la cure d'eau minérale alcaline sur l'excrétion de l'acide oxalique par l'urine. (*Therap. Monats.*, p. 138, mars.) — Verdenal. Application de la bactériologie à la médecine thermale aux eaux chaudes. (*Ann. d'hydrol.*, II, p. 145.) — Sénac-Lagrange. Classification des eaux minérales, leurs actions thérapeutiques. (*Ibid.*, mai.) — Ranglaret. Du chimisme stomacal au Mont-Dore. (*Ibid.*, mai.) — Kaliapine. Différence de l'action de l'eau minérale d'Essentouki naturelle et gazéifiée sur la résorption, la sécrétion et la motilité de l'estomac. (*Vratch*, 3 juill.)

Éclampsie. — Volhard. Pathogénie de l'éclampsie. (*Mon. f. Geburts.*, V, 5.) — Hagoporr. Pathogénie de l'éclampsie. (*Thèse de Paris.*) — Favre. De

Digitized by Google

l'étiologie de l'éclampsie. (*Soc. obst. de France*, 23 avril.) — Bar et Guyeisse. Lésions du foie et des reins chez les éclamptiques et les fœtus issus de femmes éclamptiques. (*Ibid.*) — Jones. Étiologie de l'éclampsie. (*Trans. London Obst. soc.*, XXXIX, p. 12.) — Lindfors et Sundberg. De l'éclampsie puerpérale. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 21.) — Maygrier. Eclampsie post-partum. (*J. de méd. Paris*, 8 août.) — Vagnez et Nobécourt. De la pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 janv.) — Dolganoff. Lésions de la rétine dans l'éclampsie. (*Vratch*, 29 mai.) — Oui. Traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Écho méd. Nord*, 16 mai.) — Thayer. Le veratrum viride dans l'éclampsie puerpérale. (*Boston med. Journ.*, 1er avril.) — Fanton d'Andon. Sur l'emploi en Amérique du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Thèse de Paris.*) — Shober. Éclampsie traitée par de hautes doses de veratrum. (*Amer. j. of Obst.*, juin.) — Paoletti. Un cas d'éclampsie traité par la méthode de Bossi. (*Gaz. d. Osped.*, 18 avril.) — Macalister. Éclampsie au 7e mois de la grossesse, inhalations d'oxygène, guérison. (*Lancet*, 17 juill.) — Guerich. Action de la morphine dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Thèse de Breslau.*) — Heady. Éclampsie traitée par de hautes doses de morphine en injections. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — Vauwelaers. Éclampsie grave d'origine gastro-intestinale guérie par les injections hypodermiques d'eau salée. (*Presse méd. belge*, 25 avril et *J. de méd. Paris*, 6 juin.) — Friedemann. Traitement de l'éclampsie avant l'accouchement. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Michel. Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie. (*Thèse de Paris.*) — Kettlitz. De l'opération césarienne contre l'éclampsie. (*Thèse de Halle.*) — Pestalozza. Sur la théorie moderne et le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Settim. med.*, 2 janv.)

Eczéma. — Gastou. Pyodermite eczématiforme. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 753.) — Audry. Eczéma séborréïque sur une cicatrice. (*Ibid.*, VIII, p. 551.) — Gastou. Ecthyma scrofuleux. (*Ibid.*, VIII, p. 192.) — Leredde. Étiologie et pathogénie de l'eczéma. (*Presse méd.*, 8 mai.)

Électricité. — Boinet et Caillol de Poncy. Sur les effets thérapeutiques des courants de haute fréquence. (*Soc. de biol.*, 31 juill., et *Gaz. des hôp.*, 14 août.) — Oudin. Action thérapeutique locale des courants à haute fréquence. (*Acad. des Sc.*, 14 juin.) — Moutier. De l'action des courants de haute fréquence au point de vue de la tension artérielle. (*Ibid.*, 2 août.) — Cushny et Matthews. Effets de la stimulation électrique sur le cœur. (*J. of phys.*, XXI, p. 213.) — D'Arsonval. Action physiologique et thérapeutique des courants à haute fréquence. (*Rev. int. d'élect.*, mai et *Arch. d'élect. méd.*, mai.) — Malphettes. Fibrome utérin volumineux traité par la faradisation. (*Ibid.*) — Ogneff. Le développement de l'organe électrique de la torpille. (*Arch. f. Phys.*, p. 270.) — Du Bois-Reymond. La polarisation des électrodes en argent neuf est la même que celle des électrodes en platine. (*Ibid.*, p. 370.) — Burch. Inducteur-alternateur pour expériences physiologiques. (*J. of phys.*, XXI, p. 231.) — Clark. Les principes fondamentaux de la galvano-cautérisation. (*Med. Record*, 15 mai.) — Oudin. Nouveau modèle d'électrode pour courants de haute fréquence. (*Arch. d'élect. méd.*, juill.) — Leduc. Emploi des machines électro-statiques pour la radiographie et la radioscopie. (*Ibid.*) — Loeb. Théorie du galvanotropisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVII, p. 483.) — Mann. Etat actuel de l'électro-diagnostic. (*Cent. f. Nerv.*, III, 1.) — Destot. Nouveau signe d'électro-diagnostic basé sur la dissociation de la sensibilité. (*Lyon méd.*, 11 juill.) — Fubini et Pierini. Sur la cataphorèse électrique, expériences faites sur l'homme et sur

Digitized by Google

plusieurs espèces d'animaux. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — PANSIER. Introduction des mydriatiques et des myotiques dans l'œil par l'électricité. (*Ibid.*, juin.) — RÉGNIER. L'électrothérapie dans la pratique courante. (*Bull. méd.*, 23 mai.) — KOZLOWSKI. Application thérapeutique de l'arc voltaïque. (*Vratch*, 3 avril.) — APOSTOLI. Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en thérapeutique électrique. (*Acad. des Sc.*, 26 juill.) — BERGONIÉ. Sur un traitement électrique palliatif du tic douloureux de la face. (*Ibid.*, 2 août.) — BARADUC. De la galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorhydriques. (*France méd.*, 14 mai.) — MARKOW. Galvanisation dans les suppurations oculaires. (*Vratch*, 31 juill.)

Éléphantiasis. — GUENZBURGER. De l'éléphantiasis. (*Thèse de Wurzbourg.*) — JOURDRAN et BUFFON. Éléphantiasis du scrotum, oschéotomie par la méthode d'Ali-Bey. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — KOESTCHAU. De l'éléphantiasis de la vulve. (*Münch. med. Woch.*, p. 334, 30 mars.) — PROTHON. Éléphantiasis du membre inférieur droit. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — HOEPFEL. Des tumeurs éléphantiasiques congénitales. (*Thèse d'Erlangen.*)

Embolie. — WILSON. Embolie aérienne par plaie de la veine fémorale. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — ATKINSON. Embolie de l'artère pulmonaire deux mois avant la délivrance, mort. (*Ibid.*, 23 janv.) — FLAISCHLEN. Embolie pulmonaire après la myomotomie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 518.) — SCHULZE. Embolie pulmonaire après injection de salicylate de mercure. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 209.) — HARTTUNG. Technique des embolies pulmonaires par les injections de paraffine mercurielle. (*Ibid.*, XL, p. 91.)

Embryologie. — GLEY. A propos des recherches de Bottazzi sur le développement de la fonction motrice chez l'embryon. (*Arch. de phys.*, IX, p. 714.) — HERLITZKA. Sur le développement d'embryons complets provenant de blastomères isolés d'œufs de triton. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 33.) — GIACOMINI. Sur les anomalies de développement de l'embryon humain. (*Ibid.*, XXVII, p. 1.) — CARNOY et LEBRUN. La vésicule germinatoire et les globes polaires chez les batraciens. (*La Cellule*, XII, p. 191.) — FÉRÉ. Sur la suspension de l'évolution de l'embryon de poulet sous l'influence du chloroforme. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — FÉRÉ. Accoutumance de l'embryon à un milieu toxique. (*Ibid.*, 3 juill.) — FÉRÉ. Accoutumance du blastoderme à un milieu toxique. (*Ibid.*, 19 juin.) — FÉRÉ. Sur l'influence des injections préalables des solutions de chlorydrate de cocaïne dans l'albumen de l'œuf de poule sur l'évolution de l'embryon. (*Ibid.*)

Emphysème. — DUPRAZ. L'emphysème interstitiel des sous-muqueuses et des sous-séreuses et sa reproduction expérimentale. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 282.) — CACCINI. Emphysème de tous les viscères. (*Soc. lancisiana Roma*, 30 janv.)

Empoisonnement. — CRAWFORD. Sur une épidémie d'empoisonnement par aliments à Sabula (Jowa). (*J. Amer. med. Ass.*, 19 juin.) — POUCHET. Des empoisonnements causés par les champignons. (*J. des Praticiens*, 13 mars, et *Progrès méd.*, 27 fév.) — HUSEMANN. Intoxication par les huîtres. (*Wien. med. Blätt.*, 17 juin.) — FÉRÉ. Note sur la puissance toxique et la puissance tératogène de la morphine sur le poulet. (*Soc. méd. hôp.*, 23 avril.) — MACLEOD. Morphinomanie guérie par l'empoisonnement bromuré. (*Brit. med. j.*, 10 juill.) — BAZELIS. Des accidents causés par le sulfate de quinine. (*Thèse de Lille.*) — GUINON. Sur un cas d'empoisonnement par la quinine. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 fév.) — GRESSWELL. Empoisonnement

Digitized by Google

par la quinine. (*Lancet*, 1er mai.) — TAYLOR. Un cas d'empoisonnement par la santonine chez un enfant de 11 mois. (*Med. Record*, 1er mai.) — SOKOLOW. Influence de l'intoxication par la cocaïne sur l'état morphologique du sang et sur les ganglions lymphatiques. (*Thèse de St-Pétersb.*) — DUNCAN. Empoisonnement par la belladone. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — HORNE. Empoisonnement par un liniment belladoné. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — KOPETZKI. Un cas d'intoxication mixte par l'atropine et l'opium. (*Vratch*, 3 avril.) — VICKERY. Un cas d'empoisonnement par l'atropine. (*Boston med. Journ.*, 15 juill.) — HAWKES. Deux cas d'intoxication par la scopolamine survenus dans la pratique ophtalmologique. (*Ann. d'ocul.*, juill.) — MATIGNON. De l'atriplicisme ou intoxication par l'arroche. (*Bull. acad. de méd.*, 5 janv.) — MORROW. Troubles respiratoires de l'empoisonnement par le tabac. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — BARLETT. Un cas d'empoisonnement par sulfate de strychnine. (*Boston med. Journ.*, 10 juin.) — RUHNAU. Des empoisonnements par l'extrait éthéré de fougère. (*Thèse de Greifswald.*) — NEALE. Empoisonnement par la primula obconica. (*Brit. med. j.*, 29 mai.) — BONNET. Suicide par les gouttes amères de Baumé. (*Lyon méd.*, 20 juin.) — SERRIGNY. Empoisonnement complexe par la teinture de Baumé et le baume tranquille. (*Lyon méd.*, 15 août.) — ARMSTRONG. Empoisonnement par le chloroforme, guérison. (*Brit. med. j.*, 17 juill.) — BRIDGMAN. Empoisonnement et mort par le chloroforme (avalé). (*Lancet*, 14 août.) — GRASSET. Empoisonnement par absorption d'un liniment composé de chloroforme, belladone, datura, opium et jusquiame. Condamnation du pharmacien. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — MOREAU. Etude médico-légale de l'empoisonnement et des accidents dus au chloroforme. (*J. de méd. Paris*, 15 août.) — FRANK et BEYER. Un cas d'empoisonnement par l'aniline. (*Münch. med. Woch.*, p. 53, 19 janv.) — FISCHER. Empoisonnement par le bromoforme chez un enfant. (*Ann. of gyn.*, juin.) — REILLY. Empoisonnement par l'acide pyrogallique, mort. (*Brit. med. j.*, 10 juill.) — WEFERS. Empoisonnement par la lactophénine. (*Deut. med. Woch.*, 15 juill.) — REINHOLD. Un cas de delirium tremens par la paraldéhyde. (*Ther. Mon.*, juin.) — LEROUX. Purpura généralisé, stomatite pemphigoïde, troubles trophiques des ongles consécutifs à l'ingestion d'un gramme d'antipyrine. (*J. de clin. inf.*, 5 août.) — PRODHON. Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone. (*Thèse de Paris.*) — MANOUVRIEZ. Intoxication aiguë accidentelle par les vapeurs nitreuses résultant de l'échauffement spontané d'un engrais artificiel composé de nitrate de soude, de lignite pyriteux et de déchets de laine gras. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 mars.) — NORTON. Respiration artificielle dans un cas d'empoisonnement par l'acide phénique. (*Presbyt. hosp. med. rep.*, II, p. 231.) — RUSSELL. 2 cas d'amblyopie toxique par l'iodoforme. (*Lancet*, 12 juin.) — HUEBENER. De l'intoxication par l'iodoforme. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 131.) — VOISIN. Intoxication iodoformée. (*France méd.*, 23 avril.) — WERNER. De l'empoisonnement par l'ammoniaque. (*Thèse de Berlin.*) — MAXSON. Cyanose infantile par intoxication par le bismuth. (*Ann. of gyn.*, juill.) — GÉRARD et DAUNIC. Sur la possibilité d'une intoxication lente après ingestion de sous-nitrate de bismuth dans certains états pathologiques de l'estomac. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — LAUTERBACH. Un cas d'empoisonnement subaigu par l'arsenic avec manifestations gastro-intestinales prépondérantes. (*Wiener med. Woch.*, 17 juill.) — JACOBSON. Empoisonnement mortel par le jaune de Manchester. (*Deut. med. Woch.*, 3 juin.) — ROTHSTEIN. Des modifications du foie dans l'empoisonnement aigu par le phosphore. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — GEBHARDT. Modifications des reins dans l'empoisonnement par le sublimé. (*Thèse de Fribourg.*) — STEINER. Empoisonnement accidentel non mortel par ingestion de 19 centigrammes de sublimé dissous dans 4 décilitres d'eau. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.)

Digitized by Google

Enfant. — Lemaire. Anatomie topographique des organes abdominaux du fœtus et de l'enfant. (*Thèse de Lille.*) — Stoeltzner. L'alcalescence du sang chez les enfants rachitiques et non rachitiques. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 29.) — Grosz. Les échanges nutritifs chez le nouveau-né et le nourrisson. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 389.) — Lange et Berend. Les échanges nutritifs chez les nourrissons dyspeptiques. (*Ibid.*, XLIV, p. 339.) — Bernard. De la température des nouveau-nés. (*Thèse de Paris.*) — Letourneur. De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant. (*Ibid.*) — Leray. L'œuvre des crèches, son histoire, son utilité, ses bienfaits. (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest*, VI, p. 156.) — Bertrand. Puériculture pratique, réflexions sur l'élevage des petits enfants à la campagne. (*Thèse de Paris.*) — Duviard. Sur l'hygiène respiratoire et cutanée de la deuxième enfance dans les villes. (*Ibid.*) — Demelin. De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né pendant les premiers jours qui suivent sa naissance. (*J. des Praticiens*, 10 avril.) — Peaudecerf. Des soins à apporter au cordon ombilical chez le nouveau-né, nouvelle méthode de stricture du cordon. (*Thèse de Paris.*) — Mirinescu. Considérations sur la température axillaire chez les enfants, principalement sur la valeur de petites élévations au-dessus de 37°. (*Revue mal. de l'enf.*, avril.) — Mc Gee. Traitement de la mort apparente des nouveau-nés. (*Med. Record*, 8 mai.) — Brown. Quelques nouvelles méthodes de ranimer les nouveau-nés. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.) — Bartol. Le gavage des enfants. (*Boston med. Journ.*, 27 mai.) — Drews. La somatose chez les enfants en bonne santé et malades. (*Therap. Woch.*, 30 mai.) — V. Roth. Études statistiques sur la fréquence de quelques maladies infectieuses aiguës dans l'enfance. (*Thèse de Kiel.*) — Comby. Doses maxima de quelques médicaments actifs chez les enfants. (*J. de méd. Paris*, 16 mai.) — Dubois. Les gros enfants. (*Thèse de Paris.*) — Contal. Du traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air. (*Thèse de Paris.*) — Zappert. Les causes des maladies nerveuses de l'enfance. (*Wiener med. Woch.*, 15 mai.) — Mc Clanahan. Étiologie et signification des convulsions chez l'enfant. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — Galletta. Aphasie et hémiparésie chez un enfant au cours d'une fièvre typhoïde. (*Gaz. d. Osped.*, 1er août.) — Ledermann. De la paralysie cérébrale infantile. (*Thèse de Berlin.*) — Muratow. De la paralysie cérébrale bilatérale chez les enfants. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, X, p. 222.) — Sinkler. Paralysie de Erb chez un enfant de 7 ans. (*Medicine*, août.) — Salomon. Des rapports entre la pachyméningite interne chronique et l'atrophie chez les nouveau-nés. (*Thèse de Kiel.*) — Jacobi. L'ataxie chez l'enfant (maladie de Friedreich). (*Med. Record*, 29 mai.) — Haushalter. 3 cas de paralysie générale progressive chez l'enfant. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 761.) — Loehr. Atrophie musculaire progressive de type spécial chez l'enfant. (*Berl. klin. Woch.*, 21 déc. 1896.) — Sotiroff. De la dilatation des bronches chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Molle. Étude et traitement de la bronchectasie chez l'enfant. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Houel. Hématocarsis dans un cas de broncho-pneumonie infantile grave. (*Rev. de thér.*, 1er juin.) — Fosse. Les troubles respiratoires et sécrétoires dans la tuberculose de l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Ausset. Caverne pulmonaire, seule lésion tuberculeuse chez une enfant de 14 mois. (*Écho méd. Nord*, 18 juill.) — Babeau. Tuberculose généralisée avec caverne pulmonaire chez un enfant de 10 mois. (*J. de clin. inf.*, 24 juin.) — Wyss. Des abcès pulmonaires des enfants dus à des tubercules. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Lüning. Abcès du poumon survenu à la suite de l'extraction d'une dent; opération, esquille de dent dans le foyer. (*Ibid.*) — Comby et Vogt. Un cas d'empyème gangreneux avec pneumothorax chez un garçon de 11 ans 1/2. Pleurotomie, guérison. (*Soc. méd.*

Digitized by Google

hôp., 30 avril.) — Baudon. De la thoracotomie postérieure dans le traitement de la pleurésie purulente de l'enfance. (*Thèse de Paris.*) — Woodson. Les inhalations d'oxygène et la médication hypodermique dans les affections pulmonaires des enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 1er mai.) — Bouchot. De la myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfant. (*Thèse de Lyon.*) — Hanser. Un cœur de bœuf chez un enfant de 11 mois. (*Deut. med. Woch.*, 29 oct. 1896.) — Hare. Valeur de la digitale dans les affections organiques du cœur chez les enfants. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Baginsky. Les affections diarréïques de l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXII, 3 et 4.) — Baginsky. Pathologie des affections rénales chez l'enfant. (*Ibid.*) — Schlesinger. 137 cas de pneumonie fibrineuse. (*Ibid.*). — Baginsky. La pneumonie fibrineuse chez l'enfant. (*Ibid.*) — Ausset. Le gros ventre flasque. (*Nord méd.*, 15 mai.) — Benedict. La dyspepsie infantile. (*Medicine*, août.) — Baginsky. Pathologie des diarrhées chez l'enfant. (*Berl. klin. Wochens.*, 11 janv.) — Gillet. Dyspepsie et dilatation gastro-intestinales chez l'enfant. (*J. des Praticiens*, 22 mai.) — Comby. Entérite muco-membraneuse chez les enfants. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 mars.) — Barbier. Sur les infections gastro-intestinales de l'enfance. (*Gaz. des hôp.*, 17 août.) — Dmitriewski. Un cas de melæna d'un nouveau-né, guérison. (*Arch. russes de pathol.*, mars.) — Baehrecke. Du melæna des nouveau-nés. (*Thèse de Leipsig.*) — Solaro. Étiologie du melæna. (*Pediatria*, juill.) — Costinesco. Des hémorragies gastro-intestinales chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Oui. Les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. (*Rev. prat. d'Obst.*, janv.) — Taylor. Un cas d'appendicite chez un enfant. (*Boston med. Journ.*, 20 mai.) — Karewski. De la périthyphlite chez les enfants. (*Deut. med. Woch.*, 6 mai.) — Hendrix. La périthyphlite chez l'enfant. (*Policlin. Bruxelles*, 15 juin.) — Mercier. De l'entéroclyse chez le nouveau-né. (*Thèse de Paris.*) — Friedjung. Emploi de la tannalbine dans les maladies intestinales de l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 45.) — Comby. Le tannin et ses dérivés dans la diarrhée infantile. (*Méd. mod.*, 28 juill.) — Dolézac. Sur l'emploi des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans les gastro-entérites cholériformes des nourrissons. (*Thèse de Bordeaux.*) — d'Astros. L'ascite chez les enfants. (*Bull. méd.*, 1er août.) — Piguero. Cirrhose hépatique chez l'enfant. (*Gaz. d. Osped.*, 1er août.) — Finizio. Abcès hépatique chez un enfant. (*Pediatria*, 11, 1896.) — Trumpp. De la colicystite chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 268.) — Dupeu. Sur la néphrite aiguë bénigne chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Renault. De l'albuminurie chez l'enfant. (*Rev. mens. mal. enf.*, juill.) — Bernhard. Du rein contracté dans l'enfance. (*Deut. med. Woch.*, 27 mai.) — Ducamp. La lithiase rénale pendant la première enfance. (*Thèse de Paris.*) — Tordeus. Un cas de périnéphrite suppurée, incision, guérison. (*J. de clin. inf.*, 22 juill.) — Comby. Le rein mobile chez l'enfant. (*Soc. méd. hôp.*, 21 mai.) — Bury. Maladie d'Addison chez un enfant, traitée sans succès par l'extrait de capsules surrénales. (*Lancet*, 19 juin.) — Variot et Peyré. 2 cas de maladie d'Addison chez l'enfant. (*J. de clin. inf.*, 29 juill.) — Louis Guinon. Fièvre typhoïde anormale chez une petite fille de 2 ans. (*Rev. mens. mal. enf.*, mai.) — Schmitz. De la tuberculose abdominale de l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 316.) — Gastinel. Du rhumatisme chronique chez l'enfant. (*Thèse de Toulouse.*) — Lazarew. La polyarthrite déformante chez les enfants. (*Vratch*, 31 juill.) — Audry. Impetigo et ulcérations hémorragiques de la peau chez un nourrisson phtisique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 548.) — Saurain. Complications internes de quelques dermatoses chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Durante. Bactériologie des infections hémorragiques chez les enfants. (*Pediatria*, avril.) — Lambert. La septicémie ombilicale des nouveau-nés. (*Med. News*, 1er mai.) — Manicatide. L'infec-

Digitized by Google

tion pyocyanique chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 68.) — Da Costa. Pyohémie chez un jeune enfant. (*Amer. j. of Obst.*, juin.) — Lamarque. Céphalématome chez un enfant de 3 ans. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.) — Bingel. Du céphalématome des nouveau-nés. (*Thèse de Bonn.*) — Lemaistre. De l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle. (*J. de clin. inf.*, 17 juin.) — Darey. Les adhérences du prépuce causes de convulsions chez l'enfant. (*Med. News*, 15 mai.) — Armondan. De la cystite tuberculeuse chez l'enfant. (*Thèse de Lyon.*) — Carpenter. De la valeur diagnostique du toucher rectal chez les enfants et plus particulièrement pour les organes génitaux féminins. (*J. de méd. Paris*, 2 mai.) — Frœlich. Calcul de la vessie chez un enfant de 3 ans, traité par la taille hypogastrique avec suture de la vessie et suivie de guérison. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.) — Laudan. Les affections de la vessie chez les enfants. (*Therap. Woch.*, 30 mai.) — Buedinger. Les diastases de la ligne blanche chez les enfants. (*Wien. klin. Woch.*, 27 mai.) — Wiésinger. Hernie étranglée de la ligne blanche chez un enfant de 1 an 1/2 par pincement latéral. (*Berl. klin. Woch.*, 4 janv.) — Northrup. Invagination chez un enfant de 7 mois. (*Presbyt. hosp. med. rep.*, II, p. 126.) — Pitts. 7 cas d'invagination chez des enfants, traités par laparotomie, 6 guérisons. (*Lancet*, 12 juin.) — Cheney. Invagination chez un enfant de 6 mois, mort en 24 heures. (*Med. News*, 5 juin.) — Soulier. Le prolapsus du rectum chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Leclerc. Des polypes du rectum chez l'enfant. (*Ibid.*) — Rosenheim. Kyste chyleux chez un enfant simulant une périty phlite; mort par étranglement interne dû à un volvulus constitué par 3 kystes mésentériques. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 fév.) — Campbell. Ablation d'une tumeur kystique abdominale chez un enfant de 7 mois. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — Johannessen. Sarcome pelvien chez une fillette de 11 mois. (*Norsk Magaz.*, mars.) — Charon. Sarcome du rein chez un enfant de 19 mois. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Whitman. Fracture du col du fémur dans l'enfance. (*Ann. of surg.*, juin.) — Paultre. De l'importance, par rapport aux troubles fonctionnels, du raccourcissement apparent à la vue dans la coxalgie chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*)

Épilepsie. — Féré. Sur l'influence de lésions cérébrales sur la forme des accès d'épilepsie préexistante. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Andriezen. Pathogénie de l'idiotie et de l'imbécillité épileptiques. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — Rossi. Rapidité du courant nerveux chez les épileptiques. (*Riv. di freniat.*, XXIII, p. 359.) — Borischpolski. Sur l'état de la circulation encéphalique pendant les accès épileptiques. (*Rev. de psych.*, en russe, mai.) — Bleile. L'urine dans l'épilepsie. (*N.-York med. j.*, 8 mai.) — Lasch. L'automatisme ambulatoire d'origine épileptique. (*Rev. russe de psych.*, janv.) — Cainer. Un cas d'épilepsie traumatique. (*Arch. di psichiat.*, XVIII, p. 1.) — Cognetti. L'épilepsie chez les aliénés. (*Ibid.*) — Worcester. Sclérose de la corne d'Ammon dans l'épilepsie. (*J. of nerv. dis.*, avril.) — Clark. La céphalée dans l'épilepsie. (*N.-York med. j.*, 19 juin.) — Dimitropol. Essai sur la nature intime et le traitement de l'épilepsie. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juin.) — Duprat. Deux cas d'épilepsie coexistant avec un rétrécissement mitral, supériorité du salicylate de soude sur les bromures. (*Rev. méd. Suisse romande*, fév.) — Mairet. Un déterreur de cadavres, épilepsie larvée. (*Bull. méd.*, 21 juill.) — Turner. Le traitement des épileptiques dans les colonies. (*Lancet*, 26 juin.) — Haig. Traitement par le régime de la céphalée, de l'épilepsie et de la dépression mentale. (*Brain.*, n° 77.) — Bechterew. Sur la valeur des médicaments cardiaques dans le traitement de l'épilepsie. (*Rev. de psych.*, en russe, juin.) — Ballet. Le traitement chirurgical des épilepsies partielles. (*Méd. mod.*, 5 juin.) — Mc Grew. L'épilepsie, son traitement chirurgical. (*Medicine*, mai.)

Digitized by Google

Epithélioma. — Fisse. De l'épithéliomatose de Paget. (*Thèse de Toulouse.*) — Fillion. Recherches sur la trame connective et les modifications de cette trame dans les épithéliomes de la peau. (*Thèse de Paris.*) — Gorgon. Epithéliomatose et sarcomatose mécaniques et cutanées. (*Ibid.*) — Surmay. Epithéliome probablement né sur un scrofulome ulcéré du dos de la main ayant évolué pendant soixante ans, de manière à englober la main tout entière en une seule tumeur ulcérée où l'on a trouvé après amputation le squelette entier de la main. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Mulert. De l'endothéliome multiple du cuir chevelu. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 658.) — Dubarry. Guérison d'un épithélioma de la face par le bleu de méthylène. (*Normandie méd.*, 1er avril.)

Epithelium. — Kromayer. Des fibres épithéliales. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 449.) — Ehrmann. La question des fibres épithéliales. (*Ibid.*, p. 549.) — Ernst. De la cornification pathologique étudiée par la méthode de Gram. (*Beit. z. pathol. Anat.*, XXI, p. 438.)

Erysipèle. — Patoir. Erysipèle de la face et du pharynx, méningite et broncho-pneumonie à streptocoques, hémiplégie droite avec paralysie du facial supérieur du même côté, localisation de l'exsudat méningé sur la dure-mère. (*Méd. mod.*, 3 juill.) — Deléarde. Deux cas d'érysipèle de la face guéris par le sérum de Marmorek. (*Nord méd.*, 1er août.) — Parvu. Des manifestations articulaires au cours de l'érysipèle. (*Thèse de Paris.*)

Erythème. — Goerlitz. De l'érythème noueux. (*Thèse de Kiel.*) — Dreyfus. Erythème solaire récidivant. (*Lyon méd.*, 27 juin.) — Schamann. Erythème noueux et tuberculose. (*Thèse de Paris.*) — Galliard. Erythème infectieux compliquant une colite muco-membraneuse aiguë, guérison. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 mars.)

Estomac. — Roux et Balthazard. Sur les fonctions motrices de l'estomac du chien. (*Soc. de biol.*, 10 juill.) — Ducceschi. Sur les fonctions motrices de l'estomac. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 61.) — London. Sur l'action bactéricide du suc gastrique. (*Arch. sc. biol. St-Pétersb.*, V, p. 417. — Lobassoff. Sécrétion gastrique chez le chien. (*Ibid.*, p. 425.) — Wesener. La production de l'acide chlorhydrique dans les glandes de l'estomac. (*J. Amer. med. Ass.*, 29 mai.) — Guinard et Laboulais. Action de l'acide lactique sur la sécrétion chlorurée d'un estomac normal. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Linossier. Sur la digestion pancréatique chez les hyperchlorhydriques. (*Ibid.*, 1er mai, et *Lyon méd.*, 13 juin.) — Sjöqvist. Estimation de HCl dans l'estomac. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 451.) — Akimow-Péretz. Influence des graisses sur l'activité sécrétoire de l'estomac. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Kleine. Influence de la morphine sur la sécrétion acide de l'estomac. (*Deut. med. Woch.*, 20 mai.) — Guinard. Sur l'action de l'acide lactique sur la digestion gastrique. (*Thèse de Paris.*) — Ducceschi. Sur les rapports entre la mécanique et la chimie de la digestion gastrique. (*Settim. med.*, 27 mars.) — Meltzer. Expériences sur la faradisation de l'estomac des animaux. (*N.-York med. j.*, 24 avril.) — Illoway. Troubles cardiaques par irritation gastrique. (*Ibid.*, 24 avril.) — Delagénière. De l'exploration intrastomacale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 200.) — Haan. Causes d'erreurs dans les résultats fournis par le repas d'Ewald dues à l'usage de différents pains et de différents thés. (*Soc. de biol.*, 22 mai.) — Halliday. La condition de la sécrétion gastrique dans le mérycisme. (*Med. Record*, 10 juill.) — Somers. Le mérycisme. (*Ibid.*, 17 avril.) — Lyman. La dyspepsie nerveuse. (*J. Amer. med. Ass.*, 22 mai.) — Thomson. Du spasme gastrique congéni-

Digitized by Google

tal. (*Scottish med. j.*, juin.) — Fuchs. De l'achyllie gastrique. (*Thèse de Giessen.*) — Guilloux. Des borborygmes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Véne. Guérison instantanée d'un bruit de borborygme gastrique rebelle depuis deux ans à tous les agents thérapeutiques. (*Gaz. des hôp.*, 3 août.) — V. Koziczkowsky. Etiologie des névroses de l'estomac. (*Berl. klin. Woch.*, 15 fév.) — Doyon. Le spasme du pylore, ses rapports avec l'hypersthénie gastrique. (*Méd. mod.*, 29 mai.) — Gumprecht. Tétanie stomacale et auto-intoxication. (*Cent. f. inn. Med.*, 19 juin.) — Ricord. De l'atonie gastrique. (*Thèse de Montpellier.*) — Hayem. Coloration spéciale des téguments chez certains dyspeptiques. Ictère sans pigments biliaires ni urobiline dans les urines. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mai.) — Taylor. Dyspepsie amylacée. (*Lancet*, 7 août.) — Roux. Le syndrome de Reichmann, exposé critique des travaux récents sur l'hypersécrétion chlorhydrique continue. (*Gaz. des hôp.*, 29 mai.) — Œttinger. Des crises gastriques essentielles ou vomissements périodiques de Leyden. (*Sem. méd.*, 14 juill.) — Strauss. Hypersécrétion continue de suc gastrique chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac et de gastroptose. (*Berl. klin. Woch.*, 22 fév.) — Combemale. Maladie de Reichmann ou dyspepsie par hypersécrétion gastrique. (*L'Echo méd. Nord*, 1er août.) — Brulard. Deux cas de dilatation réelle de l'estomac avec stase permanente guéris par le massage. (*Bourgogne méd.*, mars.) — Lyman. La dilatation de l'estomac. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 avril.) — Laloy. Du traitement de la dilatation de l'estomac par la faradisation. (*Rev. int. d'électrothér.*, avril.) — J. Berg. Deux cas de torsion de l'estomac autour de son axe. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, p. 19.) — Popoff. Du catarrhe de l'estomac. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 389.) — Benedict. De la gastrite subaiguë et chronique. (*Medicine*, mai.) — Ebstein. La néphrite aiguë comme complication de la gastro-entérite chronique. (*Deut. med. Woch.*, 10 juin.) — Wagner. Traitement de l'hyperacidité de l'estomac par les pastilles de Bergmann. (*Therap. Mon.*, mai.) — Ramsay. Fixation du foie et des reins dans la maladie de Glénard. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — Carle et Fantino. Les sténoses pyloriques dans leurs rapports avec l'hyperchlorhydrie. (*Sem. méd.*, 21 juill.) — Cavazzani. Sténose pylorique, gastrectasie et pyloroplastie. (*Riv. veneta sc. med.*, 30 avril.) — Soupault. Remarques sur deux cas de stase gastrique. (*Méd. mod.*, 2 juin.) — Boyd. Signification de la gastrectasie dans les maladies fonctionnelles ou organiques de l'estomac. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — Friedenwald. Action de la taka-diastase dans les troubles gastriques. (*N.-York med. j.*, 29 mai.) — Lyman. Les hémorragies stomacales. (*J. Amer. med. Ass.*, 3 avril.) — Poulain. Du rôle de l'infection dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Bernardbeig. De l'ulcère de l'estomac. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Widal et Meslay. Ulcère rond développé au cours d'une pyohémie à staphylocoques, de l'origine infectieuse de certains ulcères ronds perforants de l'estomac. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.) — Caussade. Ulcération gastrique, hématémèses foudroyantes. (*Presse méd.*, 30 janv.) — Raté et Rey. Double ulcère de l'estomac, ulcération du foie et du pancréas, abcès sus-hépato-phrénique, épanchement pleurétique double, purulent à gauche, séreux à droite. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Bonnet. Ancien ulcère simple de l'estomac. (*Lyon méd.*, 9 mai.) — Rabé. Abcès gazeux sous-diaphragmatique par perforation d'ulcère stomacal ou duodénal. (*Presse méd.*, 28 avril.) — Alexander. Difficultés du diagnostic de l'ulcère de l'estomac. (*Brit. med. j.*, 29 mai.) — Fenwick. Ulcère de l'estomac ouvert dans le péricarde. (*Lancet*, 14 août.) — Mc Cosh. Deux cas de perforation d'ulcère de l'estomac. (*Presbyterian hosp. med. rep.*, II, p. 28.) — O'Donovan. Traitement de l'ulcère de l'estomac après hémorragies. (*N.-York med. j.*, 10 juill.) — Adamson et Renton. Signes de la perforation de l'ulcère de l'estomac, deux cas opérés.

Digitized by Google

(*Brit. med. j.*, 21 août.) — Cutler et Elliot. Ulcère chronique de l'estomac, hémorragies à répétition, excision de l'ulcère, mort. (*Boston med. Jour.*, 15 juill.) — Le Dentu. Traitement chirurgical des perforations spontanées de l'estomac, considérations sur la chirurgie symptomatique de l'abdomen. (*Bull. méd.*, 5 mai.) — Tuffier et Dujarrier. Ulcère perforant de l'estomac avec adhérence au foie, gastro-entéro-anastomose, mort. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — Bonne. Ulcères de l'estomac, gastro-duodénostomie, mort. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — Leroy des Barres. Ouverture de l'estomac dans une poche sous-diaphragmatique. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Bergström. Des plaies perforantes de l'estomac et de l'intestin. (*Finska lak. handlingar*, mars.) — Bozzi. Opération plastique du cardia pour rétrécissements cicatriciels. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 417.) — W. Fick. De la résection de l'estomac. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 528.) — V. Eiselsberg. Des résections et des entéro-anastomoses de l'estomac et de l'intestin. (*Ibid.*, p. 568.) — Bec. De la fistule gastro-colique. (*Thèse de Lyon.*) — Franke. Adénome volumineux de l'estomac, remarques sur les opérations gastro-intestinales en deux temps. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Hayem. Les polyadénomes gastriques. (*Presse méd.*, 4 août.) — Chiaruttini. Sur la valeur de l'acide lactique gastrique pour le diagnostic du cancer de l'estomac. (*Gaz. d. Osped.*, n° 55.) — Hechler. De la valeur diagnostique de l'adénite sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. (*Thèse de Berlin.*) — Dock. Cancer de l'estomac dans le jeune âge. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — Barette. Le traitement palliatif du cancer de l'estomac. (*J. des Praticiens*, 24 avril.) — Badaloni. Symptômes et traitement du cancer stomacal. (*Gaz. d. Osped.*, 13 juin.) — Raymond. Cancer du pylore, gastro-entérostomie. (*Limousin méd.*, avril.) — Nailer. Gastro-entérostomie pour cancer pylorique, guérison. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — Hall. Méthode simple et rapide de gastrostomie. (*N.-York med. j.*, 29 mai.)

Exanthème. — Rotch. Le diagnostic différentiel des exanthèmes aigus. (*Boston med. Journ.*, 27 mai.) — Morel-Lavallée. Des exceptions aux lois qui régissent les intolérances médicamenteuses et les éruptions pathogénétiques. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 769.) — Clément. Des accidents produits par l'antipyrine. (*Thèse de Paris.*) — Ruyssen. Erythème rubéolique dû à l'antipyrine. (*Echo méd. Nord*, 8 août.) — Jackson. Un cas de dermatite provoqué par l'ingestion d'euphorbia marginata. (*Med. Record*, 1er mai.) — Bazélis. Deux cas d'éruption dus au sulfate de quinine. (*Echo méd. Nord*, 11 juill.) — Boulogne. Comment se comportent les exanthèmes de la syphylis et des fièvres éruptives sur les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques de l'enfance. (*Thèse de Lille.*) — Charmeil. Comment se comportent les exanthèmes de la syphilis et des fièvres éruptives sur les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques d'origine centrale. (*Echo méd. Nord*, 25 juill.) — Courtade. Des hydrargyries cutanées d'origine médicamenteuse. (*Thèse de Toulouse.*) — Frèche. Eruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 491.) — Ehrmann. Un cas d'érythème iodique dû à l'emploi de l'iodothyrine. (*Wiener med. Blätter*, 20 mai.) — Drissler. Eczéma aigu généralisé, consécutif à l'emploi externe de l'iodoforme. (*Ther. Monats.*, p. 288, mai.)

Digitized by Google

F

Face. — Donath. De l'hémiatrophie faciale progressive. (*Wiener klin. Woch.*, 6 mai.)

Ferment. — Athanasiu et Carvallo. Sur le fibrin-ferment et l'alcalinité du plasma peptonique. (*Arch. de phys.*, IX, p. 375.) — Camus et Gley. Persistance d'activité de la présure à des températures basses ou élevées. (*Acad. des sc.*, 26 juill.) — Gérard. Sur une lipase extraite du penicillium glaucum. (*J. de pharm.*, 1er juin.) — Bourquelot. Sur les matières oxydantes que l'on peut rencontrer chez les êtres vivants. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Hanriot. Sur la non-identité des lipases d'origine différente. (*Ibid.*, 1 mai.) — Bougault. Sur la recherche de la tyrosine dans divers produits d'origine animale. (*Ibid.*, 8 mai.) — Bourquelot. Sur la durée de l'activité des ferments oxydants des champignons en solution dans la glycérine. (*Ibid.*, 8 mai.) — Bourquelot. Sur quelques propriétés du carmin d'indigo qui le rapprochent des ferments oxydants naturels. (*Ibid.*, 8 mai.) — Purievitch. Sur la destruction de l'amygdaline et de l'hélicine par les moisissures. (*Ibid.*, 10 juill.) — Bourquelot. Sur les matières oxydantes que l'on peut rencontrer chez les êtres vivants. (*Ibid.*, 10 juill.) — De Rey Pailhade. Sur l'existence dans les tissus animaux d'une matière réduisant le gayac bleui. (*Ibid.*, 10 juill.) — Camus et Gley. Action du sérum sanguin sur quelques ferments digestifs. (*Ibid.*, 31 juill.) — Abelous et Biarnés. Nouvelles expériences sur l'oxydase des mammifères. (*Ibid.*, 22 mai.) — Dastre et Floresco. Sur quelques effets généraux des ferments solubles sur le sang et sur l'organisme. (*Ibid.*, 31 juill.) — Fermi. De la toxicité des enzymes. (*Lo Sperimentale*, L, p. 354.) — Paton. Influence des sels neutres sur les enzymes et les ferments. (*Rep. laborat. royal college Edinb.*, VI, p. 186.)

Fièvre. — Cheinisse. Rôle et signification de la fièvre dans les maladies infectieuses d'après les travaux récents. (*Gaz. des hôp.*, 1er mai.) — Kalinine. Sur l'échange des matières dans la fièvre. (*Arch. russes de pathol.*, mai.) — Lœwy et Richter. Expériences montrant les effets salutaires de la fièvre. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er mars.) — Kapelusch. Sur l'antipyrèse. (*Wiener med. Woch.*, 26 juin.) — Mathieu et Laurier. Fièvre de surmenage chez un cycliste à la suite d'une course de 29 heures sur piste, hémoptysie, albuminurie. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 juin.) — Zeliger. Pathologie et thérapie de la fièvre récurrente. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Lœventhal. Séro-diagnostic de la fièvre récurrente. (*Arch. russes de pathol.*, mai.) — Iwanow. Sur l'immunité artificielle dans la fièvre récurrente. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Carmouze. La fièvre bileuse hématurique au Soudan. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Fièvre jaune. — Sanarelli. Le bacille de la fièvre jaune. (*Semaine méd.*, 7 juill., et *Brit. med. j.*, 3 juill.)

Fistule. — Gravier. Des fistules branchio-cutanées non traumatiques. (*Thèse de Paris.*) — Godin. Transmission héréditaire de deux fistules cutanées

Digitized by Google

congénitales de la région sacrée. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Haie. Des fistules congénitales par persistance du conduit vitellin. (*Thèse de Paris.*) — Schiller. Des fistules intestinales, remarques sur les opérations vaginales radicales. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 106.) — Dias. Fistules urinaires (*Méd. mod.*, 2 juin.) — Seiffart. Des fistules uretéro-abdominales. (*Cent. f. Gyn.*, 29 mai.) — Martin. Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales. (*Thèse de Paris.*) — Bishop. Fistule vésico-vaginale, nouveau procédé opératoire. (*Lancet*, 19 juin.) — Ziematzki. Cystotomie sus-pubienne dans l'opération des fistules vésico-vaginales. (*Wratch*, 29 juill.) — Karczewski. Sur la méthode à lambeaux de traitement des fistules vésico-vaginales. (*Cent. f. Gyn.*, 3 juill.) — Fabre. Des fistules recto-vaginales. (*Thèse de Lyon.*) — Frœlich. Fistule recto-vaginale chez une petite fille de 6 ans. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.) — Mackenrodt. Technique de l'opération des fistules vésicales. (*Mon. f. Geburts.*, V, 5.) — Condamin. Traitement des fistules recto-vaginales inférieures par le dédoublement de la cloison et l'interposition des masses musculaires périnéales. (*Semaine gyn.*, 25 mai.)

Foie. — Roger. La fonction protectrice du foie. (*Presse méd.*, 26 juin.) — Lindermann. La réaction hémo-sidérique dans le foie. (*Cent. f. allg. Path.*, 15 juin.) — Lapicque. Expériences montrant que le foie détruit l'hémoglobine dissoute et qu'il en garde le fer (*Acad. des sc.*, 10 mai.) — Folli. Le fer du foie du nouveau-né. (*Gaz. d. Osped.*, 22 août.) — Paton. Rapports du foie et des graisses. (*Rep. laborat. roy. coll. Edinb.*, VI, p. 73.) — Chassevant et Richet. Des ferments solubles uropoiétiques du foie. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Garnier et Lambert. Sur la transformation du glycogène en glucose dans le foie après la mort. (*Ibid.*, 17 juill.) — Mairet et Vires. Action physiologique de l'extrait de foie sur l'homme sain. (*Ibid.*, 8 mai.) — Kausch. De l'ictère avec névrite. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 310.) — Dufourt. De l'ictère dans la colique hépatique. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — Gouget. Insuffisance hépatique et névrite périphérique. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Le Gendre. Ictère urobilinurique chronique (durant depuis 12 ans) chez un jeune homme de 18 ans. (*Soc. méd. des hôp.*, 2 avril.) — Gouget. Infections hépatiques expérimentales par le proteus vulgaris. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 708.) — Brunton et Tunnicliffe. Atrophie aiguë du foie. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 425.) — Strœbe. De l'atrophie aiguë du foie, étiologie, histogenèse. (*Beit. z. path. Anat.*, XXI, p. 379.) — Cavafy. Atrophie jaune aiguë du foie chez une fillette de 12 ans. (*Lancet*, 17 juill.) — Chabas. Sur l'état des cellules de Kupfer et de l'endothélium vasculaire du foie dans la dégénérescence graisseuse de cet organe. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Saingery. Sur l'étiologie des cirrhoses du foie et en particulier sur l'étiologie de la cirrhose du buveur. (*Thèse de Paris.*) — Chauffard. Formes cliniques des cirrhoses du foie. (*Presse méd.*, 11 août.) — Rolleston. La fibrose de la cirrhose hépatique. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Devereux. Cirrhose atrophique du foie avec ascite suivie d'un large kyste. (*Lancet*, 24 juill.) — Gilbert et Garnier. Sur un cas de cirrhose alcoolique hypertrophique, diffuse. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Mathieu. Erosions hémorragiques multiples chez une femme atteinte de cirrhose du foie et de varices œsophagiennes. (*Soc. méd. hôp.*, 30 avril.) — Letulle. Note sur trois observations de cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique. (*Ibid.*, 5 fév.) — Merklen. Ascite chyliforme et cirrhose atrophique du foie à marche rapide. (*Semaine méd.*, 12 mai.) — Heincke. De la cirrhose hypertrophique du foie. (*Thèse d'Erlangen.*) — Duckworth et Garrod. Cirrhose hépatique avec obstruction de la veine cave supérieure. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 71.) — Garrau-Fonneuve. Du traitement des cir-

Digitized by Google

rhoses veineuses du foie par le régime lacté et les iodures. (*Thèse de Bordeaux.*) — DELAGENIÈRE. Cirrhose du foie et hépatoptose, hépatopexie et cholécystostomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 232, et *Arch. prov. de chir.*, VI, p. 310.) — ZEHDEN. De la tuberculose du foie. (*Thèse de Berlin* et *Cent. f. allg. Path.*, 15 juin.) — RABÉ. 2 cas d'abcès aréolaires du foie. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — LYONNET. Coliques hépatiques, infection biliaire, abcès du foie ouvert dans la plèvre, guérison par la pleurotomie. (*Lyon méd.*, 13 juin.) — REBREYEND. Sur un cas de récidive à longue échéance d'un abcès du foie. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — BERGER. Abcès du foie développé sous l'influence d'une grippe six ans après une poussée d'hépatite survenue au cours d'une dysenterie des pays chauds, évacuation du pus par vomique, septicité, guérison rapide par l'incision transdiaphragmatique de l'abcès. (*Bull. Acad. de méd.*, 13 juill., et *Bull. méd.*, 14 juill.) — FLEXNER. Perforation de la veine cave dans un abcès amœbique du foie. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — HOWARD et HOOVER. De l'abcès tropical du foie. (*Ibid.*, août.) — JOURDAN. De l'hépatite suppurée nostras observée à Marseille. (*Thèse de Lyon.*) — MANTOVANO. Abcès hépatique opéré et ouvert ensuite dans le rein. (*Riforma med.*, 11 fév.) — EWALD. Abcès du foie chez un paludéen de 31 ans, ayant des ulcérations dysentériques, mort le lendemain de l'opération. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 fév.) — BOYD. 7 cas d'abcès du foie traités par l'incision. (*Brit. med. j*, 21 août.) — DEFONTAINE. Chirurgie du foie proprement dite. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 397.) — MUELLER. Chirurgie du foie. (26e *Cong. de chir. Berlin.*) — O'CONOR. Chirurgie du foie. (*Ann. of surg.*, mai.) — FLECK. Des résections du foie. (*Thèse de Bonn.*) — LAVAL. Des contusions du foie sans plaie des téguments. (*Gaz. des hôp.*, 3 juill.) — LAVAL. Sur l'urobilinurie consécutive à la contusion du foie. (*Bull. Acad. de méd.*, 2 fév.) — LONGO. Un cas de laparotomie pour blessure du foie. (*Riforma med.*, 15 mars.) — TERRIER et AUVRAY. Le foie mobile et son traitement chirurgical. (*Rev. de chir.*, août.) — MARTIN. Rupture du foie, laparotomie. (*Lancet*, 8 mai.) — MARTIN. Un cas de rupture du foie. (*Birmingham med. Rev.*, mai.) — EWALD. Genèse des cavernomes du foie. (*Thèse de Wurzbourg.*) — SOKOLOW. Sur les adénomes du foie et sur les adénomes multiples des voies biliaires. (*Arch. russes de pathol.*, juin.) — TONNEL et RAVIART. Carcinome primitif du foie à marche suraiguë chez un vieillard, carcinome secondaire de l'encéphale. (*Écho méd. Nord*, 18 juill.) — COUSIN. Cancer primitif du foie en masse. (*Loire méd.*, 15 juin.) — THOMAS. Cancer de l'ampoule de Vater. (*Soc. anat. Paris*, 2 avril.) — ROUX. Cancer primitif du foie avec péricholécystite calculeuse, perforation intestinale. Opération. Hémostase hépatique. (*Rev. méd. Suisse romande*, fév.) — WHEELOCK. Traitement chirurgical des tumeurs du foie. (*Ann. of surg.*, juill.)

Fracture. — VEILLON. De la formation du cal et des causes qui peuvent influer sur son évolution. (*Thèse de Toulouse.*) — FRANKLIN. Fracture double de la clavicule. (*Ann. of surg.*, juin.) — MORESTIN. La fracture longitudinale incomplète de l'omoplate. (*Presse méd.*, 12 août.) — BASTIANELLI. Sur un cas rare de fracture du condyle huméral droit, chez un adulte, à la suite d'un trauma. (*Settim. med.*, 13 mars.) — MEIGS. Un cas de fracture de l'humérus par action musculaire. (*Boston med. Journ.*, 1er juill.) — SILHOL. Sur une cause de pseudarthrose dans les traitements actuels des fractures de l'humérus. (*Thèse de Montpellier.*) — ROUX de BRIGNOLLES. Traitement des fractures de l'olécrâne par la suture sous-périostée. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 450.) — PETERSEN. Sur les fractures de l'avant-bras guéries avec déformation. (*Münch. med. Woch.*, p. 88, 26 janv.) — MERMET. Fracture du bassin. (*Soc. anat. Paris*, 26 mars.) — NICOLAYSEN. Diagnostic et

Digitized by Google

traitement des fractures du fémur. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 16.) — Vanverts. Fracture extra-capsulaire du col du fémur chez une femme de 76 ans, traitée par l'appareil d'Hennequin. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — De Quervain. Intervention chirurgicale dans un cas de fracture intracapsulaire non engrenée du col de fémur. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 759.) Guibé. Pseudarthrose du col du fémur. (*Soc. anat. Paris*, 19 mars.) — Dooley. Les fractures du fémur. (*J. Americ. med. Ass.*, 19 juin.)—Phocas. Fracture de la cuisse avec section des vaisseaux sans hémorragie, conservation du membre. (*Nord méd.*, 15 juin.) — Ward. Un cas de fracture comminutive du genou. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 juin.) — Peil. Des fractures de la rotule. (*Thèse de Bonn.*) — Heusner. De la suture sous-cutanée des fractures de la rotule. (26e *Cong. de chir. Berlin.*) — Lafourcade. Fracture simultanée des deux rotules, suture osseuse. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 383.) — Lucas-Championnière. Fractures de rotule. Traitement par l'ouverture large de l'articulation et la suture, ou par le massage. (*Journ. méd. et chir. prat.*, 25 juin.) — Arene. Sur une variété de fracture de la malléole tibiale par la flexion forcée du pied. (*Thèse de Lyon.*) — Briese. Un cas rare de fracture du tibia. (*Cent. f. Chir.*, 5 juin.) — Long. Traitement de la fracture compliquée de la jambe. (*N. York med. j.*, 19 juin.) — Jeanne. Fracture de jambe consolidée avec déviation considérable du fragment inférieur, travée osseuse unissant le tibia et le péroné, ankylose osseuse de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. (*Soc. anat. Paris*, 4 juin.)— Poncet. Fracture de la malléole interne par flexion forcée du pied. (*Province méd.*, 19 juin.) — Doubre. De la déambulation dans le traitement des fractures du membre inférieur. (*Bull. méd.*, 28 fév.) — Reclus. Les appareils de marche dans les fractures des jambes. (*Gaz. des hôp.*, 17 juin.) — De Pomerast. Traitement des fractures simples de jambe par la méthode ambulatoire. (*Thèse de Paris.*) — Crouzet. De la suture osseuse dans les fractures fermées de la jambe. (*Thèse de Montpellier.*) — Destot. Fractures de l'astragale et rayons X. (*Bull. méd.*, 30 mai.) — Gould. Les progrès de la chirurgie et le traitement des fractures simples. (*Lancet*, 12 juin.) — Ortega. Remarques sur le traitement des fractures. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juillet.) — Testevuide. Traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées. (*Thèse de Paris.*) — Frère. Des troubles nerveux déterminés par les cals exubérants au membre supérieur. (*Ibid.*) — Pétrof. Du traitement des pseudarthroses. (*Thèse de Lyon.*) — Rimek. Résultats du traitement opératoire des pseudarthroses. (*Thèse de Leipsig.*)

Fulguration. — Pocklington et Collyns. Blessures dans 3 cas de fulguration. (*Lancet*, 3 juill.) — Lahusen. Hémiplégie par fulguration guérie en trois mois par les bains faradiques locaux et la galvanisation de la moelle. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er mars.)

Furoncle. — Busquet. De la staphylococcie consécutive au furoncle. (*Rev. de méd.*, mai.) — Martin. Mort rapide par méningite purulente et septico-pyémie consécutives à des furoncles de la nuque et de la région massétérine gauche. (*Arch. de méd. mil.*, mars.)

Digitized by Google

G

Gale. — Marion. De l'emploi des baumes naturels contre la gale. (*Thèse de Montpellier.*)

Gangrène. — Waelsch. Une forme de gangrène infectieuse cutanée multiple (*Arch. f. Derm.* XXXIX, p. 173.) — Ginestous. Gangrène des deux orteils par endartérite oblitérante. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juil.) — Pearson et Littlewood. Gangrène sèche des deux membres inférieurs, suite de scarlatine, double amputation, guérison. (*Lancet*, 10 juil.) — Heath. Gangrène cutanée multiple du cuir chevelu. (*Brit. med. j.*, 3 juil.) — Vélitchkoff. Gangrène des doigts, consécutive aux pansements phéniqués. (*Thèse de Montpellier.*) — Lejars. Des gangrènes consécutives à l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères. (*Soc. de biol.*, 26 juin.) — Barailloud. Des indications de l'amputation dans la gangrène des membres chez les diabétiques (*Thèse de Bordeaux.*)

Génitaux. — Diamare. Anatomie des organes génitaux du Genus amabilia. (*Cent. f. Bakt.*. XXI, p. 862.) — Verson. La bourse copulatrice chez les lépidoptères. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 30.) — Verson et Bisson. Développement post embryonnaire des organes sexuels accessoires chez la femelle du B. mori. (*Ibid.*, XXVII, p. 26.) — Hart. Sur le développement du clitoris, du vagin et de l'hymen. (*Rep. labor. roy. coll. phys. Edinb.*, VI, p. 42.) — Wendeler. Étude critique du développement des organes génitaux féminins. (*Cent. f. Gyn.*, 22 mai.) — Pennberg. Des malformations congénitales des organes génitaux féminins. (*Mon. f. Geburts.*, V, 4.) — Dollinger. Bactériologie des organes génitaux de la femme (*Semaine gyn.*, 1er juin.) — Grönholm. Sur l'opération du prolapsus des organes génitaux. (*Finska lakar. handlingar*, juil.) — Barboar et Walker. Ulcère serpigineux de la vulve. (*Scottish med. j.*, juil.) — Graefe. Un cas de myxome des grandes lèvres. (*Cent. f. Gyn.*, 30 janv.) — Honan. Cancer des glandes de Bartholin. (*Thèse de Berlin.*) — Sand. Du cancer primitif de la vulve (*Thèse de Kiel.*) — Koblauck. Extirpation d'un cancer de la vulve (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 520). — Louarn. Étude du phimosis, méthode israélite. (*Thèse de Bordeaux.*) — Bonnet. Les mouchetures associées au taxis dans le traitement du paraphimosis. (*Dauphiné méd.*, avril.) — Painter. Un cas de constriction anormale du gland. (*Boston med. journ.*, 13 mai.) — Loumeau. De la brièveté du filet préputial. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mai.) — Audry. Les opérations sur le prépuce, le pénis et le scrotum. *Prog. méd.*, 15 mai.) — Péraire. Kyste sébacé du prépuce. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai.) — Imbert. Fistule transversale de la verge. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Noguès. Vésiculite pseudo-membraneuse à coli-bacille, épididymite et vaginalite consécutive. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Péraire. Tumeur du prépuce, kyste sébacé. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — Alexander et Dunham. Endothéliome des corps caverneux. (*J. of out. dis.*, juin.) — Carlier. Epithélioma du pénis, urétrostomie périnéale, amputation. (*Nord méd.*, 1er juillet.) — Penne. Epithélioma calcifié du scrotum. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 609.)

Digitized by Google

Géographie médicale. — Kolb. Pathologie géographique de l'Afrique Sud anglaise. (*Thèse de Giessen.*) — D'Hercouet. Contribution à la géographie médicale d'un archipel peu connu de la Micronésie. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — Bonnafy. Statistique médicale de la Cochinchine, 1861-88. (*Ibid.*, mars.)

Glande. — Wood. Les glandes sans conduits. (*Amer. j. of med. sc.*, mai.) — Adami. La doctrine de l'activité secrétoire interne des glandes en rapport avec les conditions pathologiques et morbides. (*Montreal med. j.*, mai, et *Med. News*, 8 mai.) — Norvell. Physiologie des secrétions internes. (*Med. News*, 22 mai.)

Glaucome. — Markow. Statistique du glaucome. (*Vratch*, 26 juin.) — Fridenberg. Pathologie du glaucome hémorragique. (*Arch. f. Aug.*, mars.) — Haitz. Des hémorragies rétiniennes après l'opération de glaucome. (*Thèse de Fribourg en B.*) — Ayres. Glaucome après les opérations de cataracte. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 208.) — Thomas. Sur le pronostic du glaucome primitif. (*Thèse de Paris.*) — Terson. Indications thérapeutiques du glaucome. (*J. des Praticiens*, 10 avril.)

Goût. — Bleyer. Essai sur les organes du goût. (*Laryngoscope*, I, p. 329.) — Frankl-Hochwart. Innervations du goût. (*Cent. f. Physiol.*, X, 60.) — Tomasini. Les hallucinations du goût, leur traitement par l'acide gymnémique. (*Arch. di farmacol.* p. 517, 1896.)

Goutte. — Mordhorst. Pathogénie de la goutte. (*Lancet*, 17 juil.) — Bull. Lésions rétiniennes dans la goutte (*Med. News*, 8 mai.) — Armstrong. Valeur de la dose de viande rouge dans la goutte chronique. (*Lancet*, 3 juil.) — Savill. Emploi des boissons alcooliques dans la goutte et le rhumatisme goutteux. (*Lancet*, 14 août.) — Sibley. Traitement par l'air chaud, sec dans la goutte aiguë et chronique. (*Lancet*, 10 juil.) — Brulard. Traitement hydrothermal de la goutte et du rhumatisme. (In-16, 91 p., *Dijon.*)

Graisse. — Daddi. De la cellule adipeuse. (*Giorn. Accad. medic. Torino.*, mars.) — Giuranna et Lucibelli. Sur l'élimination des graisses par l'urine et sur leur administration par la voie hypodermique. (*Riv. clin. e terapeutica*, avril.) — Hansemann. Infiltrations et métamorphoses graisseuses. (*Archiv. für Physiologie*, p. 375.) — Flexner. Le ferment de la graisse dans les nécroses graisseuses du péritoine, histologie de ces lésions. (*J. of. exp. méd.*, II, p. 413.) — Williams. La production expérimentale de la nécrose graisseuse. (*Boston med. journ.*, 15 avril.)

Greffe. — Paterson. Greffes de Thiersch. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 161.) — Juvara et Balacesco. Greffes dermo-épidermiques de Thiersch. (*Rev. de chir. Bucarest*, mai.) — Enderlen. Sur l'état des fibres élastiques dans les greffes cutanées. (26e *Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Féré. Sur des greffes sous-cutanées d'yeux d'embryons de poulet. (*Soc. de biol.* 3 juil.) — Kronacher. Greffe d'un os de veau pour remplacer un index nécrosé. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 janv.)

Grippe. — Kamen. De l'influenza. (*Wiener med. Woch.*, 22 mai.) — Jasiewicz. Grippe bilieuse. (*J. de méd. Paris*, 6 juin.) — Villard. Grippe et psittacose. (*Bull. méd.*, 11 juil.) — Ombredanne. Grippe et fièvre typhoïde. (*Thèse de Montpellier.*) — Testevin. Deux cas de méningite grippale. (*Dauphiné*

Digitized by Google

méd., mars.) — VEILLON. Catarrhe suffocant d'origine grippale. (*Thèse de Paris.*) — CRESPIN. Grippe, bronchite, pyopneumo-thorax gangréneux. Pleurotomie et guérison très rapide. (*Soc. méd. hôp.*, 21 mai.) — BOUCHER. Sur quelques cas de suppurations multiples consécutives à la grippe. (*Thèse de Paris.*)

Grossesse. — MURRAY. Y a-t-il une pression positive dans l'utérus gravide se développant? (*Edinb. med. j.*, juil.) —WEBSTER. Modifications de la muqueuse utérine et des membranes fœtales pendant la grossesse. (*Rep. lab. roy. coll. phys. Edinb.*, VI, p. 13.) — SIELSKI. Mécanisme des modifications de position normales et pathologiques dans la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 22 mai.) — MEYER. Deux phénomènes rares d'auscultation dans la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 17 juil.) — JULLIEN. Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires. (*Thèse de Paris.*) — PERRET. Grossesse gémellaire, mort de l'un des fœtus à sept mois, accouchement à terme, développement normal du second fœtus. (*Soc. obst. de France*, 24 avril.) — BAR et ELEUTERESCU. Le placenta et les fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline. (*Ibid.*, 24 avril.) — PORAK. Grossesse gémellaire à circulation dépendante, fœtus papyraceus et monstres omphalosites. (*Méd. mod.*, 19 mai.) — PORAK. Grossesse gémellaire à circulation dépendante, les deux enfants étant vivants. (*Ibid.*, 15 mai.) — PATAY et COUPU. Grossesse gémellaire, mort de l'un des fœtus, accouchement un peu avant terme d'un fœtus vivant bien conformé, expulsion du placenta et du second œuf contenant un fœtus momifié. (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest*, VI, p. 146.) — GOLTMAN. Un cas de grossesse triple. (*Med. Record*, 3 juil.) — LUGEOL. Un cas de superfétation. (*J. méd. Bordeaux*, 6 juin.) — MARTIN. Sac embryonnaire de trois mois avec lésions d'endométrite polypeuse gravidique. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — STAPFER. Du massage pour l'appréciation des signes de probabilité de la grossesse. (*Soc. obst. de France*, 23 avril.) — DUBRISAY et PERRET. Sur les mensurations de la tête fœtale à travers la paroi abdominale. (*Ibid.*, 24 avril.) — SIMPSON. De l'auto-intoxication dans la grossesse. (*Lancet*, 10 juil.) — MARLIS. Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse. (*Thèse de Paris.*) — JAWORSKI. Sur la forme grave de l'anémie des femmes enceintes. (*Medycyna*, avril.) — JAWORSKI. De l'anémie aiguë de la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 7 août.) — SILEX. Amblyopie et amaurose dans la grossesse et les suites de couches. (*Mon. f. Geburts.*, V, 4.) — KASBAUM. Myélite dans la grossesse. (*Thèse de Heidelberg.*) — LEFEBVRE. Sur quelques cas de rétention d'urine liée aux déviations de l'utérus gravide. (*Thèse de Paris.*) — TERRIEN. Vomissements incoercibles de la grossesse, tentatives infructueuses d'avortement, guérison par suggestion des vomissements et terminaison de la grossesse. (*Arch. de neurol.*, août.) — BARBOUR. La saignée dans la grossesse et le travail. (*Scottish med. j.*, juin.) — LUTAUD. La somatose dans les vomissements incoercibles de la grossesse et dans ceux consécutifs à la narcose chloroformique. (*J. de méd. Paris*, 18 avril.) — BOYER. Des grossesses multiples dans une cavité amniotique unique. (*Thèse de Paris.*) — BODON. Un cas de grossesse avec transposition des viscères. (*Cent. f. Gyn.*, 22 mai.) — JAKESCH. Grossesse dans un utérus bicorne double avec un vagin double. (*Cent. f. Gyn.*, 19 juin.) — SERGENT. De l'hydrocéphalie intra-utérine dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*Thèse de Paris.*) — R. EMANUEL. De l'endométrite dans la grossesse, étiologie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 383.) — JELLINGHAUS. Des ruptures de l'utérus dans la grossesse. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 103.) — AHLFELD. Rupture du cordon par enroulement pendant la grossesse. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 167.) — SECHEYRON. Des accidents de la grossesse

Digitized by Google

dans les utérus avec de petits fibromes. (*Semaine gyn.*, 11 mai.) — Biermer. Enucléation d'un myome interstitiel pendant la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 22 mai.) — Fieux. Disparition d'un fibrome du col à la suite d'une grossesse. (*Journ. médic. de Bordeaux*, 13 juin.) — Sohler. Des complications de la grossesse par les exsudats dans le bassin. (*Thèse de Berlin.*) — Audebert et Binaud. Hystéropexie et grossesse. (*Archives cliniques de Bordeaux*, avril.) — Olshausen. Cancer de l'utérus et grossesse. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 1.) — Bosche. Cancer utérin et grossesse, de la conduite à tenir dans le cas de cancer du col compliqué. (*Thèse de Paris.*) — Nickson. Grossesse ectopique, opération, guérison. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.)—Brunsmitt. Grossesse extra-utérine, opération au neuvième mois, mort d'hémorragie secondaire. (*Ibid.*) — Paquy. Des grossesses développées dans les trompes saines. (*Thèse de Paris.*) — Mc Cormack. Diagnostic précoce et traitement de la grossesse ectopique. (*Amer. j. of obst.*, juil.) — Dunning. Grossesse ectopique. (*Ibid.* juil.) — Rosenwasser. Grossesse intra-péritonéale à terme, opération après la mort du fœtus, guérison. (*Ibid.*) — Ross. 3 cas de grossesse ectopique, une avec rupture. (*Ibid.*, juin.)—Grigorieff. De la grossesse par transplantation de l'ovaire. (*Cent. f. Gyn.*, 5 juin.) — Taylor. Grossesse abdominale, ablation de l'enfant et du placenta trois mois après la mort de l'enfant à terme. (*Trans. Obst. soc. London*, XXXIX, p. 178.) — Crouzat et Jeannel. Grossesse extra-utérine abdominale secondaire, enfant vivant, laparotomie au huitième mois, mort de l'enfant le même jour, mort de la mère un mois après par infection due à la putréfaction du placenta. (*Soc. obst. de France*, 23 avril.) — Roesky. De la grossesse tubaire. (*Thèse de Greifswald.*) — Routier. Grossesse extra-utérine à terme, fœtus mort retenu trois mois, ablation totale du kyste fœtal et hystérectomie vaginale, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 215.) — Langerar. Diagnostic et traitement des grossesses tubaires (*Ann. of gyn.*, avril.) — Black. Appendicite avec grossesse extra utérine. (*Ibid.*, juin.) — Jahrein. Deux cas de grossesse tubaire, laparotomie, guerison, (*Münch. med. Woch.*, p. 200, 23 fév.) — Sippel. Traitement de la grossesse tubaire. (*Mon. f. Geburts.*, V, 5.) — Nodet. Un cas d'elythrotomie pour grossesse extra-utérine avant le 5e mois. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 299.) — Rothschild. De la grossesse tubaire. (*Thèse de Kiel.*)—Buist. Deux cas de grossesse ectopique. (*Scottish med. j.*, mai.) — Hennecart. De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra-utérine. (*Thèse de Paris.*) — Oliver. Quatre cas de mort intra-utérine, expulsion spontanée du fœtus longtemps après sa mort. ((*Brit. med. j.*, 12 juin.) — Helme. Quatre cas de rupture de grossesse tubaire. (*Ibid.*, 12 juin.)— Tytler. Rupture de grossesse tubaire, suture de la fissure. (*Ibid.*) — Prewitt. Grossesse extra-utérine survenant deux fois dans la même trompe. (*Med. News*, 19 juin.) —Gillis. Grossesse ectopique; élytrotomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juin.)

Gynécologie. — Wiener. Etat actuel de la gynécologie à l'étranger. (*N.-York. med. j.*, 26 juin.) — Kossmann. De la réforme de la nomenclature gynécologique. (*Cent. f. Gyn.*, 15 mai.) — Dezon. De la gynécologie conservatrice dans les inflammations pelviennes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pitha. Emploi de la vapeur d'eau en gynécologie. (*Cent. f. Gyn.*, 5 juin.)

Digitized by Google

H

Helminthiase. — Looss. Notes sur l'helminthologie en Egypte. (*Cent. f. Bakt. 1 Abth.*, XXI, p. 913.) — Gibert. L'argus reflexus et son parasitisme chez l'homme. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sondern. Un cas de distoma hœmatobium. (*Med. News*, 1er mai.) — Sabrazès et Cabannes. Helminthiase à forme dysentérique provoquée par l'ascaris lumbricoides et le trichocephalus dispar. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 juin.) — Janowski. Un cas de balantidium coli dans les fèces, action de ce parasite sur l'intestin. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 415.) — Battistini et Micheli. Des échanges matériels dans l'anémie par anchylostomiase. (*Settimana med.*, 17 juill.) — Tauchon. Lombricose à forme typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — Packard. La trichinose aux Etats-Unis, relation d'un cas. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 juill.) — Huber. De la trichinose. (*Cent. f. Bakt. 1 Abth.*, XXI, p. 684.) — Gabory. De la ladrerie chez l'homme. (*Thèse de Paris.*) — André Petit. Note sur un cas de ladrerie chez l'homme. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 fév.) — Thibierge. Note sur un cas de ladrerie humaine oligocystique. (*Ibid.*, 26 fév.)

Hémoglobinurie. — Bacaloglu. Granulie et hémoglobinurie. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — Baccelli. Hémoglobinurie palustre. (*Riforma med.*, 22 fév.)

Hémorragie. — Newman. Des hémoptysies répétées non tuberculeuses. (*Brit. med. j.*, 29 mai.) — Massauer. La stypticine dans les hémorragies utérines. (*Therap. Woch.*, 8 août.) — Foggie. Les injections salines dans les hémorragies puerpérales. (*Scottish med. j.*, juin.) — Gordon. Injections intraveineuses de sérum artificiel dans l'hémorragie puerpérale. (*Ann. of gyn.*, avril.) — Perriol. Le sulfate de soude à faible dose comme hémostatique. (*Dauphiné méd.*, mai.) — Gilbert et Carnot. De l'opothérapie hépatique dans les hémorragies. (*Soc. de biol.*, 8 mai.)

Hémorroïde. — Ahrendt. Traitement chirurgical des bourrelets hémorroïdaux. (*Thèse de Greifswald.*) — Adler. Traitement des hémorroïdes par les injections. (*Therap. Gaz.*, 16 août.) — Lafourcade. Sur un procédé d'incision des hémorroïdes. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 306.)

Hérédité. — Charrin. Influences exercées par les états pathologiques des générateurs sur la constitution des descendants. (*Acad. des sc.*, 26 juill.) — Mairey. L'hérédité physiologique et pathologique. (*Thèse de Lille.*) — Souberbielle. Sur l'hérédité morbide directe et sur l'hérédité indirecte. (*Thèse de Paris.*)

Hernie. — Hufnagel. Etiologie des hernies. (*Thèse de Berlin.*) — Barozzi. Tuberculose herniaire. (*Arch. gén. de méd.*, juill.) — Vires. Du pincement latéral de l'intestin dans les hernies. (*Montpellier méd.* (suppl.), 1er mars.) — Dransart. Des déchirures du mésentère dans les hernies étranglées. (*Thèse de Lille.*) — Andrews. Les obstacles passés et présents à la cure radicale de la hernie. (*J. Amer. med. Ass.*, 8 mai.) — Marcy. La cure de

Digitized by Google

la hernie. (*Boston med. Journ.*, 22 avril.) — KRYLOW. Six cas de herniotomie radicale d'après Kocher. (*Vratch*, 3 juill.) — SHEILD. Résultats d'opérations pour hernies étranglées et cure radicale de hernies. (*Lancet*, 14 août.) — STULZ. La cure radicale de Kocher pour les hernies. (*Thèse de Wurzbourg.*) — MILLER. De la cure radicale des hernies. (*Practitioner*, mai.) — KOCHER. Résultats de la cure radicale des hernies. (*Cent. f. Chir.*, 15 mai.) — LUDWIG. De la cure radicale de la hernie par le procédé de Bassini. (*Brit. f. klin. Chir.*, XVIII, p. 687.) — DEMARS. De la cure radicale des hernies par les injections de chlorure de zinc. (*Acad. des sc.*, 26 avril.) — HOPKINS. La cure radicale de la hernie. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.) — MININE. Procédé simple d'herniotomie. (*Vratch*, 24 juill.) MENCIÈRE. Epiploïtes tardives consécutives à la kélotomie. (*Gaz. hebd. de Paris*, 16 mai.) — ULLMANN. Les hémorragies intestinales consécutives à la herniotomie. (*Wiener med. Woch.*, 22 mai.) — PREGALDINO. Hernie épigastrique simulant un carcinome de l'estomac. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — FLŒRSHEIM. Traitement de la hernie épigastrique. (*J. des Praticiens*, 24 avril.) — HERSCHER. Kyste du canal de Nuck et hernie inguinale droite. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — SERGI-TROMBETTA. De la hernie inguinale congénitale avec ectopie testiculaire. (*Morgagni*, juin.) — VULLIET. Refoulement d'une anse intestinale dans l'espace propéritonéal à travers une déchirure du sac dans une hernie inguinale étranglée. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 492.) — SCHWARTZ. De la hernie congénitale péritonéo-funiculaire, cure radicale par la myoplastie. (*J. des Praticiens*, 17 avril.) — PLAHL. Traitement des hernies inguinales. (*Wien. klin.*, mai.) — SPARTALI. Traitement des hernies inguinales récidivées. (*Thèse de Paris.*) — LAGUAITE. Nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale. (*Lyon méd.*, 25 juill.) — FRŒLICH. De la cure radicale des hernies inguinales chez le nourrisson. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juill.) — NÉLATON et OMBRÉDANNE. Du passage transpubien du cordon dans la cure radicale des hernies inguinales et l'orchidopexie. (*Presse méd.*, 31 juill.) — PAYOT. Sur une modification de la cure radicale de la hernie inguinale. (*Thèse de Paris.*) — STINSON. La cure radicale de la hernie inguinale. (*Pacific med. j.*, janv.) — RAFFA. Une suture pour la cure de la hernie crurale. (*Clinica chirurgica*, 2.) — TODD. Cure radicale d'une hernie ombilicale. (*Australas. med. Gaz.*, 24 avril.) — ECCLES. Hernie de l'appendice vermiforme. (*St Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 93.) — LAMBRET. A propos du troisième cas connu de hernie dans la fossette intersigmoïde. (*Echo méd. Nord*, 22 août.) — GODLEE. Trois cas de hernie obturatrice étranglée. (*Lancet*, 26 juin.) — IMBERT. Un cas de lipocèle inguinale. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — THOMAS. Hernie ischio-rectale due à la luxation d'un fibrome sous-péritonéal. (*Lancet*, 24 juill.) — RAYMOND. Hernie lombaire. (*Limousin méd.*, mai.)

Herpès. — MURPHY. Herpès zoster de la face avec paralysie. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — EICHHORST. Herpès zoster et paralysie faciale. (*Cent. f. inn. Med.*, 8 mai.) — GUERMONPREZ et GUÉRIN. Herpès du doigt. (*J. sc. méd. Lille*, 17 avril.) — CLARK. Herpès zoster consécutif à l'administration de l'arsenic pour épilepsie. (*N.-York med. j.*, 12 juin.)

Histologie. — RENAUT. Traité d'histologie pratique. (Tome II, 605 p., *Paris.*) — LEWIS. Méthode d'études du système nerveux, sublimé. (*Edinb. med. j.*, août.) — MICHNIEWITCH. Procédé simple d'inclusion dans la paraffine pour l'étude histologique. (*Vratch*, 5 juin.)

Hôpital. — DAYOT fils. Une maison de santé chirurgicale à Rennes. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 488.) — MEYNARD. Etude historique et critique sur les hôpitaux de Bordeaux. (*Thèse de Bordeaux.*)

Digitized by Google

Hydatide. — Kustche. Hydatides multiples du cerveau. (*Thèse de Tubingue.*) — Fruginele. Un cas de kyste à échinocoques de l'orbite. (*Riforma med.*, 1er mars) — Vitrac. Kystes hydatiques du corps thyroïde. (*Rev. de chir.*, mai.) — Rudaux. Kystes hydatiques multiples du poumon droit. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — Perret. Sur la suppuration pleurale des kystes hydatiques du foie. (*Thèse de Paris.*) — Carrié. Des kystes hydatiques du foie. (*Thèse de Montpellier.*) — White. Quatre cas d'hydatides du foie. (*Brit. med. j.*, 14 août.) — Boinet. Guérison d'un kyste hydatique du foie à la suite de ponctions et de l'électrolyse, étude d'une ptomaïne retirée de son contenu. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Monod. Kyste hydatique postéro-supérieur du foie, résection du bord inférieur de la cage thoracique, incision large, guérison. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 227.) — Houzel. Deux cas de kystes hydatiques du rein opérés. (*Ibid.*, XXIII, p. 42.) — Beeston. Hydatides du bassin, laparotomie, guérison. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.)

Hygiène. — Monod. L'assistance médicale obligatoire en France, premières applications de la loi de 1893. (In-8°, 350 p., *Melun.*) — Vialard. La loi italienne du 22 décembre 1888 sur la protection de la santé publique. (*Thèse de Paris.*) — Machebeuf. Sur l'hygiène urbaine et privée dans les stations thermales. (*Ibid.*) — Koziell. L'hygiène de quelques quartiers d'Alger. (*Thèse de Bordeaux.*) — Molinié. Le traitement des ordures dans les grandes villes. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 juin.) — Siedamgrotzky. Le système d'égouts et d'épuration de leurs eaux le plus convenable et le plus économique pour les villes de moyenne et de peu d'importance. (*Vierteljj. f. gerichtl. Med.*, janv.) — Proskauer et Schmidtmann. Avantages d'un système d'égouts séparés avec canalisation distincte pour les eaux pluviales. (*Ibid.*, janv., p. 228.) — Bunel. Rapport au sujet de l'inondation de diverses cités insalubres au quai d'Auteuil. (*Cons. salubr. Seine*, III, 8 et 22.) — Vieille. Rapport sur la réglementation de l'acétylène. (*Ibid.*, III. p. 20.) — Clericetti. L'acétylène dans ses rapports avec l'hygiène. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, avril.) — Bourbon. Sur l'hygiène de l'habitation rurale. (*Thèse de Paris.*) — Bashove. L'hygiène rurale. (*Med. Record*, 12 juin.) — Pilcher. Sur quelques accidents d'été chez les touristes. (*Med. Record*. 12 juin. — Bleicher. De la sophistication des tissus et lainages de tourbe et de pin. (*Thèse de Lyon.*) — Dorizon. Sur l'hygiène de l'industrie du chanvre et des inconvénients que présente le rouissage. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vallin. Sur l'assainissement de la fabrication des allumettes. (*Bull. acad. de méd.*, 9 fév.) — Curt Wallis. La question du phosphore en Suède. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 27.) — Missaglia. Des maladies transmises par les perruquiers et barbiers. (*Giorn. Soc. ital. d'igiene*, 15 fév.) — Davidson. Variations des maladies épidémiques selon les saisons. (*Public health*, juill.) — Grunberg. De l'organisation des secours aux blessés dans les grandes villes. (*Thèse de Paris.*) — Brousmiche. Contribution à l'hygiène alimentaire de l'ouvrier à la campagne. (*Thèse de Lille.*) — Mazza. Examen des poussières contenues dans le café, au point de vue du bacille tuberculeux. (*Riv. d'igiene*, 1er janv.) — Polak. La bactériologie des huîtres. (*Sanitary Record*, 30 avril.) — Bardet. L'hygiène culinaire dans ses rapports avec la pathologie générale et le régime. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 avril.) — Thierry. De la saisie des viandes provenant d'animaux tuberculeux. (*J. des Praticiens*, 20 mars.) — Gaboriau. Du surmenage intellectuel et de son traitement préventif par le Zn Ph et l'arséniate de strychnine. (*Thèse de Paris.*) — Kermanner et Prausnitz. L'éclairage des écoles par le bec Auer. (*Arch. f. Hyg.*, XXIX, 2.) — Katz. La lumière de réserve comme mesure de l'éclairage suffisant pour le travail. (*Vratch*, 3 juill.) — Hankow. Etat

Digitized by Google

sanitaire des écoles populaires du gouvernement de Smolensk. (*Ibid.*, 19 juin.) — LITTLEJOHN. Les maladies contagieuses dans les écoles. (*Practitioner*, juill.) — VUILLERMOZ. Des colonies scolaires de vacances, celles organisées par la municipalité lyonnaise en 1895-96 dans leurs rapports avec l'hygiène de l'enfance. (*Thèse de Lyon.*) — MARTIN. La bicyclette au point de vue hygiénique et médical. (*Thèse de Bordeaux.*) — PETIT. Sur le rôle de la bicyclette dans l'étiologie et la thérapeutique médicales. (*Soc. méd. des hôp.*, 4 juin.) — SÉAILLES. Crachoirs et crachats. (*France méd.*, 28 mai.) — GRÉHANT. De la cause qui peut expliquer les accidents que produisent quelquefois les calorifères de cave. (*Soc. de biol.*, 15 mai.) — NETTER. Présence du pneumocoque dans les poussières d'une salle d'hôpital. (*Ibid.*, 29 mai.) — POROCHINE. La surveillance de la prostitution à Kazan en 1896. (*Vratch*, 19 juin.)

Hygroma. — POUSSIN. Des hygromas hémorragiques chroniques de la bourse séreuse prérotulienne. (*Thèse de Paris.*)

Hypnotisme. — HOOVER et SOLLMANN. Du métabolisme dans le sommeil hypnotique. (*J. of exp. med.*, II, p. 405.) — DESPLATS. L'hypnotisme cause de la maladie, l'hypnotisme agent thérapeutique. (*J. sc. méd. Lille*, 7 août.) — VOISIN. Manie intermittente cataméniale datant de deux ans, suppression des accès par la suggestion. (*Bull. méd.*, 21 juill.) — BÉRILLON. Interprétation physiologique de l'action curative du sommeil provoqué. (*Ibid.*) — AIMÉ. Tic facial guéri par suggestion. (*Ibid.*) — FAREZ. Névrose trémulante guérie par suggestion. (*Ibid.*) — DARIER. Strabisme avec diplopie guéri par la suggestion hypnotique. (*Ibid.*, 21 juill.) — NARTENBERG. Neurasthénie psychique guérie par la dynamogénie suggestive. (*Ibid.*) — KOLB. Extirpation du corps thyroïde dans l'hypnose. (*Cent. f. Chir.*, 26 juin.) — AKOPENKO. Etat actuel de la question des crimes hypnotiques. (*Rev. russ. de psych.*, janv.)

Hystérie. — ESHNER. Hystérie traumatique. (*Medicine*, juill.) — CHAILLOUS. Hystérie traumatique. (*Gaz. des hôp.*, 24 août.) — LAPIN. Hystéro-traumatisme chez un enfant de 6 ans. (*Méd. mod.*, 31 juill.) — JOFFROY. Hystérie infantile et suggestion hypnotique. (*Rev. de psych.*, juin.) — HERVÉ. Un cas d'hystéro-saturnisme. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.) — RAYMOND. Hystérie mâle et névrose traumatique. (*Bull. méd.*, 9 mai.) — MARAGLIANO. Hystérie latente. (*Gaz. d. osped.*, 18 avril.) — DE MARTIS. Hystérie chez l'homme. (*Ibid.*) — DOUBLEDAY. Trois cas de grande hystérie. (*Med. News*, 24 avril.) — NOVITZKI. Un cas de fièvre hystérique. (*Vratch*, 22 mai.) — Mlle CONTA. Du sommeil hystérique. (*Thèse de Paris.*) — BROWN. L'aphonie hystérique. (*Med. Record*, 17 juill.) — WATTENDORFF. Du mutisme hystérique. (*Thèse d'Erlangen.*) — ERNOUL. Du mutisme hystérique. (*Thèse de Paris.*) — HOOVER. Surdité hystérique. (*Laryngoscope*, mai.) — HITZIG. Strabisme double convergent et ptose palpébrale chez un hystérique traumatique. (*Berl. klin. Woch.*, 15 fév.) — KUNN. Les désordres musculaires de l'œil dans l'hystérie. (*Wien. klin. Rundsch.*, 20 juin.) — HEYSE. Deux cas de tremblement hystérique. (*Berl. klin. Woch.*, 28 déc. 1896.) — JOLLY. Du tremblement dans l'hystérie traumatique. (*Ibid.*) — HYDE. Etude des stigmates de sang. (*J. of cut. dis.*, août.) — VAN HARLINGEN. Dermatoneuroses hystériques. (*Ibid.*) — VAN HARLINGEN. Les névroses hystériques de la peau. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.) — WARDE. L'œdème hystérique. (*Thèse de Paris.*) — LEONI. Phénomènes pulmonaires graves d'origine hystérique. (*Morgagni*, juin.) — HAJOS. Des amnésies hystériques. (*Jahrb. f. Psych.*, XV, 2.) — FÉRÉ. Sur le rôle pathogène du froid, hémiplégie hystérique a

Digitized by Google

frigore. (*Rev. de méd.*, juin.) — MONTGOMERY. Hémiplégie et aphonie hystériques avec symptômes mentaux. (*J. of ment. sc.*, juill.) — CHARON. Un cas de paraplégie hystérique ayant duré plus de sept ans et guérie subite. ment. (*Echo méd. Nord*, 13 juin.) — ANTONY et PUISSAN. Hémiplégie hystérique. (*J. méd. Bordeaux*, 6 juin.) — RICHER et SOUQUES. Un cas de contracture hystéro-traumatique des muscles du tronc. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mars.) — LANDRIEUX et PLICQUE. Un cas d'athétose hystérique terminé par la guérison. (*J. des Praticiens*, 24 avril.) — GUISY. Deux cas de névralgies rénales idiopathiques provoqués par une contraction énergique des uretères chez deux hystériques. (*Progrès méd.*, 24 avril.) — TOURNIER. Vomissement et amnésie hystériques. (*Lyon méd.*, 1er août. — GUILLON. Péritonite chronique cœcale et appendiculaire chez une hystérique. (*Gaz. méd. Nantes*, 29 mai.) — BRETON. Coxalgie hystérique. (*J. des Praticiens*, 10 avril.) — ANGELUCCI et PIERACCINI. Opportunité et efficacité du traitement gynécologique dans les névroses hystériques de l'aliénation. (*Riv. di freniat.*, XXIII, p. 290.) — FERRAND. Un cas d'hystéro-épilepsie traité par l'électricité, guérison. (*Limousin méd.*, avril.)

I-K

Ichtyose. — WINFIELD. Etiologie de l'ichtyose congénitale. (*J. of cut. dis.*, août.)

Idiotie. — FALK. Sur les rapports entre l'imbécilité et les phénomènes physiologiques de la faiblesse de la mémoire. (*Rev. de psych. russe.*, fév.) — BOURNEVILLE et BELLAY. Imbécillité, paraplégie spasmodique. (Maladie de Little.) (*Prog. méd.*, 22 mai.) — VILLENEUVE. Quatre opérations de craniectomie pour idiotie chez des enfants microcéphales. (*Marseille méd.*, 1er nov. 1896.) — TELFORD-SMITH. Craniectomie pour idiotie. (*J. of ment. sc.*, juillet.)

Impetigo. — HARTZELL, FORDYCE. Impetigo herpétiforme. (*J. of cut. dis.*, août.) — BALZER et GRIFFON. Cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impetigo streptococcique. (*Annal. de dermat.*, VIII, p. 285.)

Inanition. — DE BÖHTLINGK. Sur les modifications de la constitution chimique de l'organisme dans l'inanition. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, V. p. 395.) — MANCA. Le cours de l'inanition absolue chez les lézards. (*Arch. ital. de biol.*. XXVII, p. 83.) — MANCA. Le cours du jeûne absolu chez les tortues. (*Ibid.*, p. 94.) — DJATCHENKO. Sur les changements de croissance des os fœtaux des lapins sous l'influence du jeûne des mères. (*Thèse de St-Pétersb.*) LAZAREFF. La diminution du poids total et le refroidissement du corps en 24 heures chez les animaux dans les différentes périodes de la faim complète. (*Arch. russes de pathol.*, avril.) — PETROW. Lésions des ovaires des lapines et des chiennes dans le jeûne absolu suivi de nourriture. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Inflammation. — HEIBERG. Sur la nature de l'inflammation (muscles du cœur, des poumons, du foie, des reins. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 32.)

Digitized by Google

Infection. — Sterling. De l'auto-infection. (*Sarml. klin. Vort.*, n° 179.) — Dominici. Rapports existant entre les variations leucocytaires et l'apparition d'hématies nucléées dans les infections expérimentales. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Marinesco. Sur les lésions du système nerveux central au cours des maladies infectieuses. ((*Ibid.*, 24 juill.) — Salvioli et Spangaro. Comment doit être interprétée l'influence du système nerveux sur la marche des infections. (*Giorn. Accad. med. Torino*, mars.) — Penzo. Influence de la température sur le processus infectieux inflammatoire. (*Arch. per le sc. med.*. XXI, 1. — Demoor. La signification et le mécanisme de la leucocytose dans les maladies infectieuses (*J. méd. Bruxelles*, 6 mai.) — Afanassiew. Sur l'infection expérimentale par le tissu de granulations. (*Thèse de Moscou.*) — Di Mattei. Sur la prédisposition aux maladies infectieuses par l'inhalation des gaz et de vapeurs nuisibles. (*Ann. d'igiene sper.*, p. 15, 1896.) — Curry. Investigations bactériologiques sur 312 cas d'infection chirurgicale. (*Boston med. Journ.*, 22 avril.) — Gussew. Un cas d'infection triple de l'organisme, charbon, streptocoque et diplocoque. (*Cent. f. Bakt. I abth.*, XXI, p. 849.) — Halban. Résorption des bactéries dans les infections locales. (26e *Cong. chir. Berlin*, avril.) — De Nittis et Rabaud. Dégénérescence vitrée du myocarde dans l'infection protéique. (*Soc. de biol.*, 10 juill.) — Roger. Etudes cliniques sur quelques maladies infectieuses. (*Rev. de méd.*, août.) — Bartet. Sur quelques cas d'une maladie infectieuse observée pendant le séjour de l'Etoile à Djeddah, juillet et août 1895. (*Arch. de méd. nav.*, juin.)

Injection. - Athanasiu et Carvallo. La résistance des animaux homéothermes aux injections très chaudes intra veineuses. (*Soc. de biol.*, 19 juin.) — Roger. Sur les effets des injections d'eau glacée dans les veines, le péritoine et es artères. (*Ibid.*, 10 juill.) — Richet. Effets des infections d'eau chaude dans la plèvre et dans le poumon. (*Ibid.*) — Garnier et Lambert. Action des injections intra veineuses d'eau salée sur la destruction du glycogène hépatique. (*Ibid.*, 17 juill.) — Lépine. Innocuité des injections intraveineuses très froides. (*Lyon méd.*, 25 juill.) — Tantitoff. Des injections massives de solutions salines dans le traitement des injections et des intoxications. (*Thèse de Montpellier.*) — Delamarre et Descazal. De l'emploi des solutions salines en injections massives. (*Gaz. des hôp.*, 12 juin.) — Raw. 4 cas heureux de transfusion saline. (*Lancet*, 12 juin.) — Clark. Transfusion sous-mammaire de solutions salines dans l'anémie aiguë par hémorragie, choc et infection septique. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Etable. Des injections massives de solution saline dans l'infection. (*Thèse de Paris.*) — Villanova. Sur les avantages des injections rectales réitérées d'eau salée froide dans les toxémies fébriles de nature microbienne. (*Ibid.*) — Fiquet. Action des albumoses et des peptones en injections intra-vasculaires. (*Acad. des sc.*, 14 juin.) — Gioffredi. L'action anti-thermique des phénols administrés par la voie hypodermique. (*Gaz. d. Osped.*, 25 avril.)

Insolation. — Lambert. Les insolations à New-York en 1896. (*Med. News.*, 24 juill.) — Messiter. Insolation avec hémiplégie. (*Lancet*, 26 juin.) — Chandler. Traitement de l'insolation. (*N.-York med. j.*, 5 juin.)

Intestin. — Berry. Anatomie du cœcum. (*Rep. laborat. roy. college Edinb.*, VI, p. 58.) — Berry. Anatomie de l'appendice vermiculaire. (*Ibid.*, p. 65.) — Berry. La fosse cœcale et l'anatomie topographique de l'appendice. (*Ibid.*, p. 72.) — Kelynack. Du diverticule de Meckel. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — Courtade et Guyon. Innervation motrice du gros intestin. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Paton. Absorption des hydrates de carbone par l'épithélium

Digitized by Google

intestinal. (*Rep. laborat. roy. college Edinb.*, VI. p. 111.) — HARLEY. L'absorption de la graisse dans l'intestin dans les conditions normales et en l'absence du pancréas. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — MOORE et ROCKWOOD. Réaction des intestins dans ses rapports avec la digestion intestinale. (*J. of phys.*, XXI, p. 373.) — GURWITSCH. Le balantidium coli dans l'intestin de l'homme. (*St-Petersb. med. Woch.*, 29 mai.) — AARON. Diarrhée et bactérie. (*N.-York med. j.*, 8 mai.) — CHARRASSE. Migration vers le péritoine des protozaires du tube digestif. (*Thèse de Montpellier.*) — PINCUS. De la constipation myogénitale ou musculaire, chronique des femmes. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 413.) — SCHMIDT. Des mucosités dans les garde-robes. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 260.) — RECLUS. Pathogénie de l'appendicite. (*Semaine méd.*, 23 juin.) — CHASTANET. Sur l'appendicite. (*Thèse de Paris.*) — BEAUSSENAT. Appendicites expérimentales. (*Rev. de gyn.*, mars, p. 283.) — LETULLE. et WEINBERG. Histologie pathologique des appendicites. (*Soc. de biol.*, 31 juill.) — BRUN et LETULLE. Lésions histologiques de l'appendicite. (*Presse méd.*, 4 août.) — ACHARD et BROCA. Bactériologie de 20 cas d'appendicite. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 mars.) — MORISON. De l'appendicite. (*Edinb. med. j.*, mai.) — FOLET. Une forme exceptionnelle d'appendicite plastique. (*Nord. méd.*, 1er juill.) — HAWKES. 66 cas d'appendicite. (*Presbyterian hosp. med. rep.*, II, p. 138.) — GOODHART. L'appendicite au point de vue médical. (*Practitioner.*, mai.) — PHOCAS. Des appendicites. (*Nord méd.*, 15 mars.) — BERRY. Pathologie de l'appendice. (*Rep. Laborat. roy. college Edinb.*, VI, p. 219.) — SOUTHAM. Pathologie de l'appendicite récidivante. *Lancet*, 5 juin.) — KELSEY. Forme rare d'appendicite. (*N. York med. j.*, 19 juin.) — DEAVER. Pathologie de l'appendicite, forme oblitérante. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — ABBOTT L'appendicite et l'ingestion de grains de fruits. (*Med. Record.*, 1er mai.) — POTHERAT. Appendicite suraiguë. (*J. des Praticiens*, 10 avril.) — CARSTENS. Diagnostic et symptômes de l'appendicite. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 mars.) — JOHNSON. Un cas intéressant d'appendicite. (*Ibid.*, 27 mars.) — PÉRAIRE. 1° Appendicite, 3 rétrécissements fibroïdes de l'appendice ; 2° Appendicite, phlegmon rétrocœcal, perforation intestinale par gangrène de l'appendice. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — PASTEAU. Appendicite pelvienne. (*Ibid.*, 16 avril.) — COLE. Appendicite avec aphasie. (*Med. News*, 22 mai.) — MUNDÉ. La péritythlite et l'appendicite dans leurs rapports avec la gynécologie et l'obstétrique. (*Ibid.*, 15 mai.) — DOYEN. Péritythlite et appendicite, la lymphangite pericœcale. (*Méd. mod.*, 26 mai.) — RICHELOT. Sur le diagnostic de l'appendicite chez la femme. (*Bull. méd.*, 12 mai.) — LOP. Typhlite suppurée sans lésions de l'appendice. (*Rev. de méd.*, août.) — FULLERTON. Appendicite suivie d'abcès. (*Australas. med. gaz.*, 20 mars.) — ROBIN. L'appendicite, son traitement médical. (*Tribune méd.*, 21 juill.) — SYMPS. De l'appendicite. Quand et comment doit-on l'opérer ? (*N.-York med. j.*, 15 mai.) — BRUN. Appendicite chronique, résection à froid de l'appendice. (*Presse méd.*, 10 mai.) — RIOBLANC. Appendicite suppurée, anus contre nature, entérorraphie. (*Lyon méd.*, 4 juill.) — HEATON. Traitement chirurgical de l'appendicite à rechutes, 3 cas. (*Lancet*, 8 mai.) — MC COSH et HAWKES. Le traitement chirurgical de l'appendicite. (*Amer. j. of med. sc.*, mai.) — KROGIUS. Traitement chirurgical des appendicites. (*Finska lakar. handlingar*, juill.) — SCHULTEN. Sur l'extirpation de l'appendicite aiguë et sur ses indications. (*Ibid.*, juill.) — ROBIN. Pathogénie et Traitement prophylactique de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.) — GAY. Quand faut-il appeler le chirurgien dans les cas d'appendicite? (*Boston med. Journ.*, 1er avril.) — MATHIEU. Pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse (*Soc. de thérap.*, 20 mai.) — MATHIEU. Entérite muco-membraneuse et rein flottant. (*Ibid.*, 12 mai.) — CARRET. De l'entérocolite muco-membraneuse. (*Thèse de Paris.*)

Digitized by Google

— Rimbach. De l'entéro-kystome. (*Thèse de Giessen.*) — Pal. Inflammation primitive sous-muqueuse du côlon. (*Wiener. klin. Woch.*, 6 mai.) — Sorgo. Entérite amœboïde autochtone. (*Ibid.*, 6 mai.) — D'Angerio. Accès convulsifs épileptiformes et putréfaction intestinale exagérée. (*Riv. clin. e terap.*, mars.) — Mitchell. Entérite simulant une obstruction intestinale. (*St-Barthol. hosp. rep.*, XXXII, p. 61.) — Duclos. De l'inertie intestinale. (*J. des Praticiens*, 20 mars.) — Armstrong. Des toxines gastro-intestinales, indications thérapeutiques. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — Martin. La soi-disant dilatation idiopatique de l'intestin. (*Montreal med. j.*, mars.) — Pietro. Traitement des diarrhées infantiles par le tannigène. (*Morgagni*, août.) — Verclytte et Decoopmann. De l'action de la tannalbine dans la diarrhée. (*Écho méd. Nord*, 23 mai.) — Mikhalew. Action du kéfir dans le traitement des diarrhées. (*Vratch*, 22 mai.) — Brossard. Des entérolithes d'origine médicamenteuse. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril.) — Delépine. Sur les pseudo-calculs intestinaux. (*J. de pharm.*, 15 juill.) — Cullen. Ulcère simple du duodénum, perforation. (*Scottish med. j.*, juill.) — Winograd. Sur l'ulcère duodénal. (*Arch. russes de pathol.*, juin.) — Bernard. Les complications de l'ulcère du duodénum. (*Gaz des hôp.*, 14 août.) — Darras. De la perforation dans l'ulcère simple du duodénum. (*Thèse de Paris.*) — Page. Ulcération tuberculeuse du cœcum, symptômes d'appendicite. (*Lancet*, 3 juill.) — Chavannaz et Carrière. Tuberculose du cœcum. Ablation, mort. (*J. méd. Bordeaux.*, 6 juin.) Wilms. De la sténose du duodénum, partie inférieure. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 510.) — Harris. Un cas de rétrécissement cicatriciel de l'iléon. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — Eagleson. Fistule stercorale appendiculaire consécutive à une appendicite. (*Ibid.*, 15 mai.) — Honigmann. Etude de l'absorption dans l'intestin chez une femme avec fistule intestinale. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 sept. 1896.) — Close. Rupture du duodénum, mort en 10 heures. (*Lancet*, 17 juill.) — Brosh. Un cas rare de rétrécissements cancéreux multiples de l'intestin. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVII, p. 606.) — Vienne. Des tumeurs de la portion iléo-cœcale de l'intestin et en particulier de la valvule de Bauhin. (*Thèse de Lille.*) — Boas. Adénosarcome du pylore diagnostiqué avant toute tumeur extérieure et extirpé. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 janv.) — Heulin. Cancer primitif du duodénum. (*Thèse de Paris.*) — Engstrom. Sur le sarcome de l'intestin grêle. (*Finska läkar. Handlingar*, juill.) — Hervé. Cancer du gros intestin. (*J. méd. Bordeaux*, 11 juill.) — Rafin. Cancer du cœcum, résection du segment iléo-cœcal de l'intestin, iléo-colorraphie par implantation latérale. (*Lyon méd.*, 8 août.) — Cheatle. Méthode de réunion des bouts de l'intestin. (*Lancet*, 22 mai.) — Hartigan. Nouvelle méthode d'anastomose intestinale. (*N.-Yord med. j.*, 17 juill.) — Ciuti. Histoire de deux cas dans lesquels fut employé le bouton de Murphy. (*Settim. med.* 20 fév.) — Frank. L'anastomose intestinale. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 juin.) — Stimson. Le bouton anastomotique végétal pour l'entérorraphie circulaire. (*Rev. de gyn.*, mars.) — Glass. Double anastomose intestinale avec le bouton de Murphy. (*N.-York med. j.*, 1er mai.) — Meyer. Le bouton de Murphy dans la gastro-entérostomie. (*Ann. of surg.*, juill.) — Marwedel. Obs. cliniques sur la valeur du bouton de Murphy. (26e *Cong. de chir.*, *Berlin*, avril.) — Derocque. De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin, technique et indications. (*Thèse de Paris.*) — Monod. Sur la méthode de l'invagination intestinale à propos de quelques opérations nouvelles. (*Ibid.*) — Storchi. Résection de la valvule iléo-cœcale pour adéno-carcinome. (*Morgagni*, avril.) — Lehmann. Sur 45 cas de colostomie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 323.) — Schwab. Des polypes multiples du côlon et du rectum. (*Ibid.*, p. 353.) — Villemin. Sur un cas d'entéropexie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 500.) — Dubaing. 2 observations de gastro-entérostomie par le procédé du tube. (*Ibid.*, XXIII, p, 537.)

Digitized by Google

— Pailleroni. Un cas d'extirpation du cœcum pour cancer. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 juin.)

Iris. — Benoit. Du rôle de l'humeur aqueuse dans les infections endogènes de l'iris. (*Soc. belge d'opht.*, 24 avril.) — Guiot. Irido-choroïdite. (*Année méd. Caen*, 25 avril.) — Orr. Iridocyclite avec complications. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.)—De Schweinitz. Traitement du prolapsus traumatique de l'iris. (*Med. News*, 3 juill.) — Woodward. Ruptures isolées de l'iris et de la choroïde. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 214.) — Amman. De la tuberculose de l'iris. (*Klin. Mon. f. Aug.*, mai.)

Kyste. — Duplay. Kyste dermoïde du crâne. (*Méd. mod.*, 14 juill.) — Duplay. Kyste séreux du cou. (*Presse méd.*, 2 juin.) — Lazareff. Un cas de kyste sanguin dans la région latérale du cou. (*Arch. russes de pathol.*, juin.) — Ostermayer. Un cas rare de formation régionale de kystes athéromateux. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 353.) — Waitz. Les kystes dermoïdes du sternum. (*Thèse de Paris.*) — Woerz. Des kystes épithéliaux traumatiques. (*Thèse de Tubingue* et *Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 755.) — Cabello. Kyste épidermique du doigt. (*Thèse de Paris.*)— Berkeley. Kystes mésentériques. (*Ann. of Surg.*, juill.) — Wilson. Kystes intermittents de l'ovaire et du rein. (*Ibid.*, mai.) — Nedkow. Des kystes wolffiens des organes génitaux et de leurs annexes chez la femme. (*Thèse de Montpellier.*)

L

Lacrymal (App.). — Campos. Sur les nerfs sécréteurs des larmes. (*Thèse de Paris.*) — Jouves. Sur le développement des voies lacrymales chez l'embryon du mouton et de l'homme. (*Thèse de Toulouse.*) — Campos. La sécrétion lacrymale après la section du grand nerf pétreux superficiel. (*Soc. de biol.*, 26 juin.) — Doering. De la dacryoadénite aiguë. (*Thèse de Greifswald.*) — Levy. De la dacryocystite congénitale. (*Thèse de Paris.*) — Dunn. Mycose du canal lacrymal. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 234.) — Süsskind. La tuberculose des glandes lacrymales. (*Thèse de Wurzbourg* et *Arch. f. Aug.*, mars.) — Fromaget. Tumeurs malignes primitives de la glande lacrymale orbitaire. (*Journ. méd. Bordeaux*, 27 juin.) — Veasey. Sarcome primitif de la caroncule lacrymale. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 24.) — Haas. Du sarcome des glandes lacrymales. (*Thèse de Giessen.*) — Jankelevitck. De la cure radicale de la fistule lacrymale. (*Thèse de Paris.*) — Miller. Traitement de l'obstruction lacrymale par les stylets. (*Lancet*, 21 juil.) — Terson. Comparaison entre divers cas d'extirpation de la glande lacrymale palpébrale. (*Soc. opht. Paris*, 7 juin.)

Lait. — Smesta. Température du lait de femme. (*Rev. mens. mal. enf.*, mai.) — Guiraud. Le lait de femme à l'état physiologique. (*Thèse de Bordeaux.*) — E. Vallin. Les compagnies laitières de Copenhague st de Stockholm. (*Rev. d'hyg.*, XIX, p. 28.) — Stokes et Wegefarth. L'examen microscopique du lait. (*Med. News*, 10 juil.) — Denigés. Recherche et dosage de l'acide borique dans le lait. (*J. de pharm.*, 15 juil.) — Griffith. Pasteurisation du lait. (*Ther. Gaz.*, 15 mai.) — Cotton. Sur la stérilisation

Digitized by Google

du lait. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 juin.) — KERLEY. Du lait condensé, son emploi dans l'alimentation infantile. (*Med. News*, 5 juin.) — W. MURPHY. Le lait de vache dans l'alimentation infantile. (*Med. Record*, 3 juil.) — MASSONE. Présence du bacille tuberculeux dans le lait du marché de Gênes. (*Ann. d'igiene sper.*, p. 239.) — Rapport sur l'influence du lait dans la diffusion des maladies contagieuses. (*Brit. med. j.*, 15 mai.)

Langue. — BOURDETTE. Un cas de mobilité exagérée de la langue. (*Ann. mal. de l'org.*, mai.) — LYONNET. Hémiatrophie de la langue chez une tuberculeuse atteinte d'adénophathies cervicales. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — MONEY. La langue géographique. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.) — DU CASTEL. Plaques leucoplasiques de la langue chez une malade atteinte autrefois de lupus. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 480.) — SABRAZÉS et BOUSQUET. Macroglossite aiguë streptococcique. (*Presse méd.*, 30 juin et *Ann. de derm.*, VIII, p. 513.) — MOYER. Hémiatrophie de la langue. (*N. York med. j.*, 7 août.) — LE BŒUF. La tuberculose de la langue. (*J. méd. Bruxelles*, 15 juil.) — AUCHÉ et CARRIÈRE. Etude histologique de l'ulcère tuberculeux de la langue. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 juin.) — MORISOT. Des abcès aigus de la moitié antérieure de la langue. (*Thèse de Bordeaux.*) — REINBACH. Des tumeurs sous-linguales chez l'enfant. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 451.) — DUBOURDIEU. Des tumeurs bénignes de la base de la langue. (*Thèse de Bordeaux.*) — GAUDIER. Note sur une tumeur vasculaire de la langue. (*Bull.. Soc. méd. du Nord*, 26 mars.) — V. HIPPEL. De la grenouillette. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 164.) — BRINDEL. Epithélioma pavimenteux de la base de la langue. (*Journ. méd. Bordeaux*, 18 juil.) — WEIL. Cancer de la langue avec noyau cardiaque secondaire. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — CESTAN. L'épithélioma leucoplasique de la langue. (*Arch. gén. de méd.*, juil.) — EVANS. Déchirure de la langue. (*Lancet*, 7 août.) — LE DENTU. Manuel opératoire de l'amputation de la langue. (*Bull. méd.*, 25 juil.) — WHEELER. 61 cas d'excision partielle ou complète de la langue. (*Dublin Journ.*, 1er avril.) — VALLAS. Amputation totale de la langue par la voie transhyoïdienne. (*Lyon méd.*, 30 mai.)

Laparotomie. — CLARK. Revue critique de 1,700 cas de laparotomie au point de vue du drainage intrapéritonéal. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — NOBLE. Nouvelle méthode de suture des parois abdominales dans la céliotomie. (*Ibid.*) — BECKMANN. 25 laparotomies. (*Vratch*, 3 avril.) — CULLEN. Crin de Florence pour la suture sous-cutanée dans les laparotomies. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — VANSCHENGEL. De l'éventration post-opératoire. (*Thèse de Lille.*) — FOLET. Eventration post-opératoire avec adhérences intestinales. (*Echo méd. Nord*, 6 juin.) — CURRIER. Hernie ventrale, suite de la laparatomie. (*Ann. of gyn.*, juil.) — PHOCAS. Tumeur probablement inflammatoire du cœcum guérie à la suite d'une laparotomie exploratrice. (*Nord méd.*, 15 mai.) — Mlle BELLY. De la laparotomie exploratrice. (*Thèse de Bordeaux.*)

Larynx. — SCHEPPEGRELL. Progrès de la laryngologie. (*Laryngoscope*, avril.) — GUILLEMIN. Sur la génération de la voix et du timbre. (In-8°, 396 p., *Paris.*) — L. RÉTHI. Vibrations des cordes vocales dans la voix de fausset. (*Cent. f. phys.*, X, p. 597.) — KIRSTEIN. Laryngoscopie combinée. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — CASTEX. Effets du masque antique sur la voix. (*Chronique méd.*, 1er août.) — MAYS. La toux et son traitement. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.) — FLEMING. Le traitement des toux quinteuses. (*Med. Record*, 3 juil.) — GOUGUENHEIM. Statistique des opérations faites à la consultation des maladies du larynx et du nez à l'hôpital Lariboisière en 1896. (*Ann. mal.*

Digitized by Google

de l'org., juil.) — STANKOWSKI. 2 cas d'œdème aigu du larynx à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium. (*Münch. med. Woch.*, p. 302, 22 mars.) — VACHER. Traitement des laryngites par les pulvérisations intra-laryngiennes. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — HERMARY. Avantages du traitement des laryngites simples par l'érysimum. (*Méd. mod.*, 9 juin.) — VARIOT et GLOVER. Traitement des laryngites aiguës de l'enfance. (*Ibid.*, 11 août.) — HARLEZ. De la laryngite suffocante varicelleuse. (*Thèse de Paris.*) — CHIARI. Bride membraneuse congénitale dans la partie postérieure de la glotte. (*Wiener klin. Woch.*, 24 juin.) — KNIGHT. 3 cas d'affection obscure du larynx, tuberculose, syphilis, épithelioma. (*Med. News*, 5 juin.) — CLARKE. Gomme de l'isthme thyroïdien, ulcération, œdème du larynx, laryngo-trachéotomie, guérison. (*Lancet*, 14 août.) — CHEVAL et ROUSSEAUX. Des premiers signes de la tuberculose du larynx. (*Journ. méd. Bruxelles*, 22 juil.) — GRIFFIN. Tuberculose avec syphilis du larynx. (*Laryngoscope*, avril.) — PEPLAU. Du lupus du larynx. (*Thèse de Wurzbourg.*) — CASTEX. Tuberculose laryngée nodulaire. (*Soc. franç. de lar.*, mai et *Rev. hebd. de lar.*, 26 juin.) — DE WEGLENSKI. Essai de traitement rationnel de la tuberculose laryngée. (*Thèse de Paris.*) — SCHEPPEGRELL. Le traitemement de la tuberculose laryngée par la cataphorèse cuprique interstitielle. (*Med. Record*, 29 mai.) — FLATAU. Sur un procédé de résection par les voies naturelles des parties du larynx atteintes de tuberculose. (*Rev. int. de rhinol.*, VII, p. 142.) — GORIS. Le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx au début. (*Soc. méd. chir. du Brabant*, 30 mars.) — GORIS. Note préliminaire concernant le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx prise au début. (*Rev. hebd. de lar.*, 5 juin.) — RÉTHI. Sur une variété non décrite des troubles de la coordination du larynx chez les chanteurs. (*Rev. int. de rhinol.*, VII, p. 140.) — STUFFER. De l'aphonie toxique. (*Thèse de Berlin.*) — MALIOUTINE. 3 cas de guérison de l'aphonie totale par le diapason. (*Med. Obozr.*, avril.) — GRANT. Aphonie fonctionnelle avec phonation par les bandes vocales. (*London laryngol. soc.*, 10 mars.) — PRZEDBORSKI. Des paralysies laryngées typhiques. (*Samml. klin. Wort.*, n° 182.) — MOLL. De l'ictus laryngé. (*Soc. franç. de lar.*, mai et *Rev. hebd. de lar.*, 31 juil.) — TRÉSILIAN. Tabes avec crises et vertiges laryngés. (*J. of laryngol.*, mai.) — GRANT. Parésie des abducteurs et des tenseurs bilatérale chez un tabétique. (*Ibid.*) — SOMERS. Paralysie des adducteurs. (*Med. News*, 26 juin.) — LERMOYEZ. Les causes des paralysies récurrentes. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — ORTNER. Paralysie du récurrent et rétrécissement mitral. (*Wiener klin. Woch.*, 19 août.) — Dundas GRANT. 2 cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique. (*Rev. hebd. de lar.*, 3 juil. et *Soc. franç. de lar.*, mai.) — GRANT. Sur l'emploi de certains exercices vocaux dans le traitement de raucités consécutives au surmenage de la voix. (*Ibid.*) — TEXIER et MIRALLIÉ. Paralysie récurrentielle incomplète. (*Ann. mal. de l'or.*, juil. et *Rev. hebd. de lar.*, 24 juil.) — PLATT. Traitement des plaies des voies aériennes. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — HOGARTH. Traitement des plaies de la gorge, suture immédiate. (*Ibid.*, 21 août.) — STORY. Un cas de fracture du cartilage cricoïde. (*Med. Record*, 1er mai.) — RAUGÉ. Laryngocèle ventriculaire. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — RUEDA. Polype fibreux laryngé d'extraction difficile. (*Arch. latinos de rinol.*, mai.) — PEGLER. Fibrome de la corde vocale droite dans la commissure antérieure. (*London laryng., soc.*, 14 avril.) — PETERS. De l'ecchondrome du larynx, extirpation d'anneaux cartilagineux. (*Thèse de Bonn.*) — LEECH. Polype de l'épiglotte, pharyngotomie sous-hyoïdienne, mort. (*Lancet*, 14 août.) — DONELAN. Tumeur sous-glottique, aphonie pendant vingt-deux ans. (*London laryng. Soc.*, 10 mars.) — BERGEAT. Sarcome du larynx. (*Mon. f. Ohr.*, mai.) — SCHMIEGELOW. Cancer du larynx, diagnostic et trai-

Digitized by Google

tement. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — PHILLIPS. Diagnostic précoce de l'épithélioma du larynx. (*Laryngoscope*, juin.) — SCHMIEGELOW. Cancer du larynx, diagnostic et traitement. (*Nord. med. Ark.*, VII.) — LAVISÉ et DEPAGE. De la laryngectomie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — GRAF. Des résultats de l'extirpation du larynx pour cancer. (26e *Cong. de chir.*, *Berlin.* avril.) — SCHULTZ. Historique de l'écouvillonnage du larynx. (*J. de clin. inf.*, 19 août.) — BAYEUX. Importance du mandrin dans un appareil de tubage. (*Gaz. hebd. Paris*, 28 fév.) — DELÉARDE. Quelques remarques sur le tubage du larynx. (*Bull. Soc. méd. du Nord*, 23 avril.) — FISCHER. Nouvel intubateur pour le tubage dans la sténose laryngée. (*Med. Record*, 19 juin.) — BAYEUX. Thérapeutique chirurgicale du croup. Tubage du larynx. (*Méd. infant.*, 1er juin.) — BAUER. Modification des tubes d'O'Dwyer. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 257.) — O'DWYER. Intubation prolongée, cause et traitement. (*J. de clin. inf.*, 22 juil.)

Lèpre. — EHLERS. Sur un voyage de reconnaissance de la lèpre dans les Balkans. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 659.) — ZAMBACO-PACHA. Les lépreux ambulants à Constantinople. (In-8°, 446 p., *Paris.*) — LOHK. Recherches épidémiologiques et étiologiques sur la lèpre. (*Arch. f. Dermat.*, XL, p. 265.) — FISICHELLA. Reproduction *in situ* de nodules lépreux détruits par le thermo-cautère. (*Gaz. d. Osped.*, 6 juin.) — HALLOPEAU. Sur un cas de lèpre bretonne. (*Ann. de Derm.*, VIII, p. 566.) — LONG et VALENCY. Un cas de lèpre chez un Breton. (*Ibid.*, VIII, p. 601.) — CRESPIN. 2 cas de lèpre incomplète, (*Ibid.*, VIII, p. 719.) — GÉMY et RAYNAUD. La lèpre en Algérie. (*Ibid.*, p. 727.) — AUDRY. Etude histologique des lépromes. (*Ibid.*, p. 773.) — PELHAM-WYKESMITH. Un cas de lèpre léontine. (*Brit. med. j.*, 3 juil.) — PELLIZZARI. Un cas rare de lèpre. (*Settim. med.*, 12 juin.) — THIBIERGE. Un cas de lèpre tégumentaire d'origine espagnole, poussée éruptive actuelle. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.)

Leucémie. — KAUERT. Un cas de leucémie aiguë. (*Thèse d'Erlangen.*) — HAJEK. La fièvre dans la leucémie. (*Wiener klin. Woch.*, 20 mai.) — KÜHNAU et WEISS. Modification de l'excrétion urique dans la leucocytose et l'hypoleucocytose, pathologie de la leucémie. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 482.) — PFEIFFER. Pseudo-leucémie avec dermatite spécifique. (*Wiener klin. Woch.*, 10 juin.) — STEIN. Sur la pseudoleucémie. (*Ibid.*, 5 juin.) — BRIBES. De la leucocythémie. (*Thèse de Toulouse.*) — MAUREL. Sur quelques caractères distinctifs des globules blancs de la leucocythémie splénique observés par le procédé de l'immersion. (*Soc. de biol.*, 24 juil.)

Leucokératose. — CESTAN et A. PETTIT. Epithélioma et leucokératose bucco-linguale. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) - Mme DE MAGOUDEAUX. De la leucokératose vulvo-vaginale. (*Thèse de Paris.*)

Lichen. — HALLOPEAU et POULAIN. Sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments accuminés pilaires et hyperchromie. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 647.) — DUBREUILH et FRÈCHE. Du lichen plan de la muqueuse buccale. (*Ibid.*, VIII, p. 519.) — BROCQ. Quelques considérations sur le lichen ruber planus. (*J. des Praticiens*, 3 avril.)

Lipome. — OCHSNER. Lipomes symétriques multiples. (*Medicine*, juin.) — NATAN-LARRIER et ROUX. Lipome du duodénum. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) MOUNIC. Des lipomes ostéo-périsotiques du crâne et de la colonne vertébrale. (*Thèse de Bordeaux.*) — BOUAN. Des lipomes de la région dorso-lombaire. (*Thèse de Toulouse.*) — LEJARS. Gros lipome périnéo-scrotal. (*Bul. soc. de chir.*, XXIII, p. 194.)

Digitized by Google

Locomotion. — MICHEL. Sur le mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe du pied. (*Soc. de biol.*, 15 mai.) — NAAMÉ. Sur un cas d'astasie, abasie, ataxique unilatérale avec hémianesthésie similaire. (*Rev. de méd.*, mai.) — MILIAU. Contribution à l'étude de l'astasie-abasie. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Lupus. — AUDRY. Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 497.) — MÉNEAU et FRÈCHE. De l'origine nasale du lupus de la face. (*Ibid.*, VIII, p. 516.) — HOLDER. Pathologie du lupus érythémateux. (*J. of cut. dis.*, mai.) — HALLOPEAU et WEIL. Des atrésies post lupiques. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 458.) — LE DENTU. Traitement de ces atrésies. (*Ibid.*) — MALHERBE. Epithélioma greffé sur un lupus. (*Gaz. méd. Nantes*, 1er mai.) — KUETTNER. Du lupus des doigts et des orteils. (*Brit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 39.) — SQUIRE. Traitement du lupus. (*Ther. Gaz.*, 16 août.) — JANOVSKY. Le traitement du lupus. (*Wiener klin. Rund.*, 9 mai.) — LANG. Le traitement du lupus. (*Wiener med. Woch.*, 8 mai.) — SCARENZIO. Traitement du lupus par les injections de calomel. (*Gaz. med. Lombarda*, 19 avril.) — MORRIS et WHITFIELD. 6 cas de lupus traités par la nouvelle tuberculine de Koch. (*Brit. med. j.*, 24 juil.) — ASSELBERGS. Action des injections de calomel sur le lupus. (*Presse méd. belge*, 11 juil.) — FABRY. Traitement du lupus vulgaire, des greffes de Thiersch. (*Arch. f. Dermat.*, XXXIX, p. 355.)

Luxation. — BURRELL et LOVETT. Luxation récidivante de l'épaule. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — LUND. Le traitement des luxations anciennes de l'épaule. (*Boston med. Journ.*, 29 avril.) — BARBIER. De l'arrachement de l'olécrâne dans les tentatives de réduction des luxations anciennes du coude en arrière. (*Thèse de Lyon.*) — VIGNARD. Luxation ancienne du coude en arrière, résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. (*Gaz. médic. Nantes*, 15 mai.) — ERSSTBERGER. De la luxation congénitale du coude. (*Thèse de Munich.*) — MERMET. Luxation en avant de l'auriculaire sur le métacarpien. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — LABADY. Sur les luxations médio-carpiennes traumatiques. (*Thèse de Paris.*) — TUBBY. Etat de la question du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Lancet*, 1er mai.) — TAYLOR. Luxation spontanée de la hanche. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 33.) — BERGMANN. Des luxations traumatiques de la hanche. (*Thèse de Wurzbourg.*) — ELLIOT. Le traitement de la luxation congénitale de la hanche d'après la méthode non sanglante de Lorenz. (*Med. Record*, 29 mai.) — GROSS. La luxation ancienne de la hanche et son traitement chirurgical. (*Bull., méd.*, 17 fév.) — BRIAU. Luxation iliaque de la hanche gauche chez un vieillard. (*Lyon méd.*, 6 juin.) — GRABINSKI. Luxation de la hanche chez une femme de 68 ans. (*Ibid.*, 11 juil.) — ZENKER. Réduction non sanglante de Lorenz, pour la luxation congénitale de la hanche. (*Münch. med. Woch.*, p. 84, 26 janv.) — GOLAZ. Ostéotomie sus-trochantérienne dans les luxations congénitales. (*Thèse de Paris.*) — LÜNING. Traitement des luxations congénitales de la hanche. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 11 fév.) — WILLEMS. Du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Journ. méd. Bruxelles*, 20 mai.) — HOFFA. Les résultats terminaux des mes opérations pour luxations congénitales de la hanche. (*Deut. med. Woch.*, 13 mai.) — MUSKAT. De la luxation congénitale du genou. (*Thèse de Berlin.*) — MARTIN. Luxation récidivante de la rotule. (*Gaz. des hôp.*, 12 août.) — CURDY. Cause et traitement mécanique de la subluxation du genou. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juil.) — GALLAS. Luxation du genou par contraction musculaire. (*Arch. de méd. nav.*, juin.) — QUÉNU. Luxation incomplète sous-scaphoïdienne en dedans. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXIII, p. 356.) — ANSSELIN. Les

Digitized by Google

luxations du pied en arrière et particulièrement de la subluxation du pied en arrière. (*Thèse de Paris.*) — Berger. Luxation du scaphoïde. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 259.) — Knust. De la luxation du pied par rotation. (*Thèse de Greifswald.*) — Quénu. Luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans. (*Gaz. méd. Paris*, 15 mai.)

Lymphatique. — Ranvier. Morphologie et développement du système lymphatique. (*Arch. d'anat. microscop.*, I, 2.) — Cuenot. Les globules sanguins et les organes lymphatiques des invertébrés. (*Ibid.*) — Schumacher. Les ganglions lymphatiques du macacus rhesus. (*Arch. f. Phys.*, p. 158.) — Ewing. La constitution lymphatique, ses rapports avec la mort subite. (*N.-York med. j.*, 10 juil.) — Regaud et Barjon. Anatomie pathologique du système lymphatique dans la sphère des néoplasmes malins. (In-8°, *Paris.*) — Fiebinger. Un cas de lymphorragie traumatique sous-cutanée. (*Wiener klin. Woch.*, 29 avril.) — Hayem. Présentation d'un malade atteint de lymphadénie aleucémique avec lipomatose périganglionnaire. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 mars.) — Eckert. Traitement du bubon inguinal. (*Thèse de Berlin.*) — Eliot. Adénite tuberculeuse de l'aisselle. (*Presbyterian hosp. med. rep.*, II, p. 166.) — Petits. De la tuberculose des ganglions du cou. (*Thèse de Paris.*) — Jordan. Du lupus et de la lymphangite tuberculeuse. (26e *Congrès de Chir.*, *Berlin*, avril.) — Michel. De l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. (*Journ. méd. Bordeaux*, 11 juil.) — Hofert. De l'adénome cervical malin. (*Thèse de Munich.*) — Weber. Lymphadénomatose générale des os. (*London path. Soc.*, 4 mai.) — Brazis. Du lymphangiome congénital du thorax. (*Thèse de Strasbourg*, et *Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 379.) — Fernet. Lymphadénome du cou, du médiastin, des méninges rachidiennes. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janv.) — H. Kuettner. De l'inflammation intermittente du lymphangiome. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 728.) — Fischer. Du lymphome malin, 12 cas, 10 hommes, 2 femmes. (26e *Cong. de Chir.*, *Berlin*, avril.) — Berger. Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux, extirpation, guérison durable. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 526.) — Krueger. Des blessures du canal thoracique. (*Thèse de Bonn.*)

M

Main. — Camerano. — Sur la structure de la main et des os pelviens chez la balœnoptera musculus. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 196.) — Perrin. Muscle perforé de la main, son apparition dans la série animale. (*Acad. des sc.*, 12 juillet.) — Crémozy. De la polydactylie. (*Thèse de Toulouse.*) — Lamarque. Un cas de macrodactylie. (*J. méd. Bordeaux*, 18 juil.) — Rasch. Un cas de syndactylie et de polydactylie congénitale complète. (*Beit. z. klin. Chir.* XVIII, p. 537.) — Jeanne. Brachydactylie de l'index droit. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — Thomson. Main-bote traitée par une opération. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 165.) — Boix. Déviation des doigts en coup de vent et insuffisance de l'aponévrose palmaire d'origine congénitale. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai.) — Hedges. Relations de la goutte et du rhumatisme avec la rétraction de l'aponévrose palmaire. (*St Barthol.*

Digitized by Google

hosp. Rep., XXXII, p. 119.) — ARROU. Traitement des panaris. (*J. des Praticiens*, 6 mars.) — HEGER. Un cas de doigt à ressort. (*La Clin. belge*, 6 mai.) — SECHEYRON. Le doigt en marteau ou la flexion congénitale du petit doigt. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er juin.) — SPENCER. Plaies de la main. (*N. York med. j.*, 7 août.) — TOFFART. Sur les plaies de l'arcade palmaire. (*Thèse de Lille.*) — CHAVANNAZ. Plaie de la paume de la main et sections tendineuses. (*J. méd. Bordeaux*, 13 juin.) — DEMOULIN. Petite tumeur sous-cutanée de la face palmaire du pouce de la main gauche constituée par un fibrome entouré d'une lame épidermique. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — LABICHE. L'épithélioma de la main. (*Thèse de Paris.*) LEURÈLE. Des sarcomes alvéolaires mélaniques des doigts. (*Thèse de Lille.*)

Mal de mer. — RAWLINS. Mal de mer, causes et remèdes. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — KLEIN. Du mal de mer. (*Münch. med. Woch.*, p. 113, 2 fév.)

Maladie. — GIRARD. De la réaction de débilité dans les états cachectiques. (*Thèse de Paris.*) — WELCH. L'adaptation dans les processus pathologiques. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — SECCHI. Action pathogène des blastomycètes, leur valeur dans le développement des tumeurs et des maladies. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 554.) — PALIER. Etude de la diète et de la nutrition dans leurs relations avec les maladies contagieuses et avec celles dues à des troubles de la digestion et de l'assimilation. (*Med. Record*, 10 juil.) — HAIDAR. Le rôle de la croissance dans les maladies. (*Thèse de Paris.*)

Maladies professionnelles. — OBERTHÜR. Etude médicale sur les ouvriers des houillères. (In-8°, 197 p., *Rennes.*) — HEIMANN. Statistique de morbidité et de mortalité des typographes. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 135.) — PRITCHARD. Les maladies provoquées chez les employés des voies ferrées par leurs occupations. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 juin.)

Malformations. — DELANGLADE. Macrostomie bilatérale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 319.) — MARTIN. Malformation congénitale. Double vagin. Double col utérin. Utérus biloculaire. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — DELANGLADE. Note sur un cas de malformations multiples chez un nouveau-né. (*Rev. mens. mal. enf.*, mai.) — PASSARINI. Pseudo-hermaphrodite androginoïde. Abouchement pelvien de l'anus. Proctoplastie. (*N. Montpellier méd.*, 1er mai.) — GOLTMAN. Faux hermaphrodite. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — ALLEN. Un cas d'hermaphrodisme psycho-sexuel. (*Med. Record*, 8 mai.)

Mamelle. — FREUND. Epidémie de mammite. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 473.) — POUJOL. Sur la maladie dite mastite chronique diffuse. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 329.) — SCHEUERER. Mammite et cancer. (*Thèse de Wurzbourg.*) — DAVIS. Tuberculose primitive du sein survenant pendant la grossesse. (*Med. News*, 12 juin.) — HÉRAUD. De la tuberculose mammaire. (*Thèse de Montpellier.*) — PILLIER et PIATOT. Tuberculose et épithélioma coexistant sur le même sein. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai.) — GUÉNIOT. Mamelle surnuméraire dorsale chez l'homme, rapport possible entre la polymastie et le développement exagéré du système pileux. (*Ibid.* 28 mai.) — BOMPARD et MILIAN. Un cas de maladie kystique de la mamelle. (*Ibid.*, 7 mai.) — COYNE et VITRAC. Hypertrophie des mamelles. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.) — POUSSON. De la mastopexie. (*Bull. Soc. de chir.* XXIII, p. 507.) — JACOB. Anatomie pathologique et histologie de l'adénome mammaire. (*Thèse de Wurzbourg.*) — DORSCH. Du carcinome et du sarcome de la mamelle. (*Ibid.*) — NIEMEYER. Un cas de psammosarcome du sein.

Digitized by Google

(*Thèse de Leipsig.*) — Mermet et Faitout. Cysto-épithéliome dendritique de la mamelle. (*Soc. anat. Paris*, 26 mars.) — Laforgue. Du cancer du sein chez l'homme. (*Thèse de Toulouse.*) — May. Traitement chirurgical du cancer du sein. (*Brit. med. j.*, 22 mai.)

Massage. — Decoster. Le massage dans les maladies des voies digestives. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er mai.) — Juventin. Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition. (*Paris.*) — Auerbach, Wallot. Appareil pour le massage abdominal. (*Therap. Mon.*, mars et mai.)

Maxillaire. — Bronner. 3 cas de sinusite maxillaire dans lesquels la mauvaise odeur dans le nez était le seul symptôme. (*Lancet*, 17 juil.) — Riolacci. Des troubles oculo-pupillaires dans les sinusites maxillaires. (*Thèse de Lyon.*) — Escar. Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage rétro-maxillaire. (*Soc. franç. de lar.*, mai, et *Rev. hebd. de lar.*, 10 juil.) — Lothrop. Traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore. (*Boston med. Journ.*, 13 mai.) — Moty. Ostéomyélite du maxillaire inférieur. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 376.) — Reboul. 2 cas d'ostéomyélite avec nécroses étendues du maxillaire inférieur consécutive à la carie dentaire chez des enfants. (*Ibid.*, p. 390.) — Demptos. De l'ostéo-tuberculose du maxillaire supérieur et de ses différentes formes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Papin. Des fractures du maxillaire supérieur. (*Thèse de Paris* et *Arch. méd. Angers*, I, p. 435.) — Lauenstein. Traitement des fractures du maxillaire inférieur. (*Cent. f. Chir.*, 19 juin.) — Cabot. Traitement de l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. (*Lancet*, 7 août.) — Hall. Des kystes de la mâchoire. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Faure. Dédoublement du maxillaire inférieur dans l'extirpation des tumeurs malignes adhérentes à cet os. (*Gaz. hebd. Paris*, 4 juil.) — Bastide. Pronostic et traitement du sarcome du maxillaire inférieur. (*Thèse de Paris.*) — Schulz. Des résections du maxillaire supérieur. (*Thèse de Greifswald.*) — Goesta. Des prothèses après la résection du maxillaire. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 695.) — Partsch. Prothèse du maxillaire inférieur après résection. (26e *Cong. de chir.*, *Berlin*, avril.)

Médecine (hist.). — Dumon. La profession de médecin d'après les textes assyro-babyloniens. (*Journ. asiatique*, mars.) — Staples. La médecine dans la Grèce ancienne. (*Medicine*, mai.) — Bouglé et Cavasse. Le premier livre de médecine, manuel de propédeutique pour le stage hospitalier. (In-18, 531 p., *Paris.*) — De Ribier. Les sages-femmes en France, ce qu'elles ont été, ce qu'elles sont, ce qu'elles devraient être. (*Thèse de Paris.*) — Mollière. Statistique lyonnaise du xve au xviiie siècle. (*Lyon méd.*, 15 août.) — Petersen. Remarques historiques sur quelques anatomistes scandinaves du xviie siècle. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 18.) — Rosenthal. E. Du Bois Reymond. (*Rev. scient.*, 27 mars.) — Davis. Notice historique sur l'origine de l'American med. Association. (*J. Americ. med. Ass.*, 12 juin.) — Binet. La précocité intellectuelle dans la famille Pascal. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 377.) — Courrent. Louis Pasteur. Sa vie, son œuvre. (*N. Montpellier méd.* n° 1, suppl., 1er janv.) — Fiessinger. Hippocrate. (*Méd. mod.*, 9 juin.) — Doyen. Maisonneuve. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 388.) — Griffitth. Le professeur Humphry. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 421.) — Staples. Cullen, son rôle dans l'histoire des progrès de la médecine. (*N. York med. j.*, 22 mai.) — Levertin. Urbau Hjarne comme balnéologiste. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 34.) — Carapanayotis. Notice bibliographique sur Anagnostakis. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Chmigelski.

Digitized by Google

Etude historique de la chaire de clinique thérapeutique à l'Académie de St-Pétersbourg (1870-1897) et des premiers représentants de clinique thérapeutique (1806-1890). (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Guillon. La mort de Louis XIII. (*Thèse de Paris.*) — Mollière. Topographie ancienne de l'Hôtel-Dieu, l'aumônerie, les cimetières, les deux Magdeleines et le tiercelet. (*Lyon méd.*, 18 avril.) — Bergeron. De l'esprit d'observation en médecine. (*Thèse de Bordeaux.*) — Da Costa. Les tendances en médecine. (*Boston med. Journ.*, 6 mai.) — Hahn. Essai de bibliographie médicale. (*Thèse de Paris.*)

Médecine légale. — Hamilton. Sur une législation « médicale ». (*J. Americ. med. Ass.*, 29 mai.) — Owens. Le témoignage médico-chirurgical des experts. (*Ibid.*, 3 avril.) — Taylor. L'antitoxine; remarques médico-légales sur son usage. (*Ibid.*, 24 avril.) — Villiers. Destruction des matières organiques en toxicologie. (*Acad. des sc.*, 21 juin.) — Ajello. Action des ptomaïnes de la putréfaction sur les alcaloides. (*Riforma med.*, 8 et 9 avril.) — Castex. La médecine légale dans les affections de l'oreille, du nez, du larynx et des organes connexes. (*Soc. franç. de laryng.*, mai.) — Foveau de Courmelles. Appréciation médico-légale des lésions traumatiques et détermination de l'identité individuelle par les rayons X. (*Acad. des sc.*, 24 mai.) — Fouquet. Sur l'ancienneté du tatouage employé comme mode de traitement. (*Ibid.*, 24 mai.) — Ginestous. Curieux exemples de tatouages. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juil.) — Férester. Sur la responsabilité dans les crimes. (*Thèse de Paris.*) — Matignon. Le suicide en Chine. (*Arch. d'anthrop. crimin.*, 15 juil.) — Chatellier. Revolver et nouvelles poudres, effets produits sur la peau et les vêtements, étude médico-légale. (*Thèse de Paris.*) — Aquarone. Incendies de théâtre, étude de médecine publique. (*Thèse de Bordeaux.*) — P. Brouardel. Les substances explosives au point de vue médico-légal. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.) — Bourdon. L'infanticide dans les législations anciennes et modernes. (*Ibid.*, fév.) — Lambinon. De la détermination de l'âge du fœtus d'après le poids du placenta dans les cas de fausse couche. (*J. de méd. Paris*, 9 mai.) — Vallon. Cas de fétichisme honteux, rapport médico-légal. (*Ibid.*) — Hirsch. Les désordres transitoires de la conscience au point de vue médico-légal. (*Med. Record*, 24 avril.) — Pollitz. Rapport médico-légal sur un instituteur accusé d'outrage à la pudeur. (*Viertelj. f. gerichts. Med.*, janv., p. 781.) — Albin Haberda et Max Reiner. De la cause du début rapide de la perte de connaissance chez les pendus. (*Ibid.*, janv.) — Lesser. Des œdèmes dus à des contusions post-mortem. (*Ibid.*) — Stolper. Les troubles mentaux consécutifs à des traumatismes céphaliques. (*Ibid.*) — Chlumsky. Meurtre ou mort accidentelle par chute (fractures du crâne). Nouveau rapport médico-légal treize ans après l'événement. (*Ibid.*) — Dornblüth. Rapport médico-légal établissant rétrospectivement, après la mort du malade, l'existence d'une démence paralytique chez un fonctionnaire condamné pour soustractions de fonds. (*Ibid.*, p. 107.) — E. Ungar. Des moyens d'évaluer la durée de la vie des nouveau-nés. (*Ibid.*, p. 56.) — Virchow et Schmidtmann. Sur arbitrage médico-légal du comité supérieur prussien dans une affaire de meurtre d'une vieille femme avec suspicion de viol. (*Ibid.*) — E. Siemerling. 12 cas médico-légaux de folie. (*Ibid.*, juil. et oct. 1866, janv. et avril 1897.)

Médecine militaire. — Cristiani. Défaut des lois sur l'inaptitude au service militaire pour conditions mentales défectueuses. (*Arch. di psichiat.*, XVIII, 1.) — Marty. Le développement physique chez les jeunes soldats. (*Ann. d'hyg. publ.* janv.) — Abramowitch. Sur les changements du poids du corps, de

Digitized by Google

la capacité pulmonaire, de la force inspiratoire et expiratoire, du périmètre thoracique, de la température, du pouls, de la respiration et de la pression sanguine sous l'influence de l'exercice physique et intellectuel chez les soldats. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Bonnfay. Sur la statistique médicale du corps d'occupation de la Cochinchine. (*Acad. des sc.*, 31 mai.) — Théron. Le recrutement à la Réunion. (*Arch. de méd. nav.*, juil.) — Dubrulte et Marotte. La morbidité dans la garnison de Bourg. (*Lyon méd.*, 15 août.) — Crandall. Les maladies vénériennes dans la flotte. (*Med. News*, 12 juin.) — Brémaud. Organisation et fonctionnement du service médical des compagnies de débarquement de l'escadre. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Guezennec. Appendice au mémoire relatif au transport des blessés à bord des navires de guerre au moyen du hamac. (*Ibid.*) — Crainiceau. Les opérations pratiquées à l'hôpital militaire de Bucarest par Demosthène de 1886 à 1895. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 761.) — Laval. Des déformations de la balle cuirassée. (*Rev. de chir.*, juin.) — Chochlowski. Examen hygiénique des casseroles d'aluminium comme ustensiles des soldats. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Heyse. Appareil pour la stérilisation des instruments et des pansements des infirmeries de campagne. (*Deut. mil. Zeit.*, juin.) — Credé. Le traitement des plaies en temps de guerre. (*Ibid.*) — Scholze. Tactique du service sanitaire. (*Ibid.*). — Salzmann. Tablettes médicamenteuses comprimées à l'usage de l'armée. (*Ibid.*)

Mélanose. — Dubrow. De la nature des tumeurs mélaniques et de leurs pigments. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Ribbert. Du mélanosarcome. (*Beit. z. path. Anat.*, XXI, p. 471.) — Schmiedeberg. Les éléments primordiaux de quelques corps albuminoïdes, nature de la mélanine. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXIX, p. 1.)

Méninge. — Boenninghaus. De la méningite séreuse aiguë. (*Wiesbade.*) — Marty. Méningite à forme subaiguë ayant débuté au niveau du tiers postérieur de la 3e circonvolution frontale gauche, aphasie, mort. (*Gaz. des hôp.*, 20 juil.) — Luc. Méningite suppurée aiguë traumatique enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le lavage antiseptique de la pie-mère. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 131.) — Bell. Quelques observations cliniques de complications méningées suivies de mort avec autopsies. (*J. Amer. med. Ass.*, 1er mai.) — Sangree. Un cas fatal de lepto-méningite due à une endométrite à diplocoque de la pneumonie. (*Ibid.*, 22 mai.) — Mueller. Etiologie de la méningite cérébro-spinale. (*Deut. med. Woch.*, 15 juil.) — Ramond et Decorse. Méningite cérébro-spinale suivie de congestion hémorragique des reins. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Breton. De la méningite tuberculeuse de l'adulte, type anormal choréiforme. (*Thèse de Lille.*) — Desoil et Breton. Une forme anormale choréiforme de la méningite tuberculeuse de l'adulte. (*Echo méd. Nord*, 30 mai.) — Chantemesse et Ramond. Méningite tuberculeuse. Séro-diagnostic positif, coïncidence de tuberculose et de fièvre typhoïde. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 juin.) — Delthil. Adénopathie trachéo-bronchique et méningite tuberculeuse. (*Thèse de Paris.*) — Collins et Blanchard. Tumeur de la pie-mère spinale, région cervicale, prise pour une pachyméningite hypertrophique. (*Med. News*, 10 juil.) — Morély. Sarcome angiolithique des méninges comprimant la protubérance annulaire et le cervelet. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Holzinger. Du sarcome perforant de la dure-mère. (*Thèse de Tubingen.*)

Menstruation. — Giles. Théorie de la menstruation. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIX, p. 115.) — Webster. La base biologique de la mens-

Digitized by Google

truation. (*Montreal med. j.*, avril.) — Keiffer. La menstruation dans ses rapports avec la pathologie générale. (*Presse méd. belge*, 8 août, et *L'Obstétrique*, 15 juil.) — Herman Keller. La nutrition pendant la menstruation et son rôle dans le processus vital chez la femme. (*Arch. gén. méd.*, mai.) — Marsh. Phénomènes intermenstruels. (*Amer. j. of obst.*, juil.) — Plumb. Menstruation précoce. (*N.-York med. j.*, 5 juin.) — Dauchez. Des irrégularités menstruelles et des ménorragies au début de la puberté. (*Semaine gyn.*, 22 juin.) — Eustache. Métrorragie et mariage. (*J. sc. méd. Lille*, 17 juil.) — Levis. Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux. (*Thèse de Paris.*) — Guilmard. Des troubles de la menstruation dans les maladies du cœur. (*Ibid.*) — Helwig. De la dysménorrée. (*Thèse de Heidelberg.*) — Roth. Le traitement mécanique des troubles de la menstruation. (*Wiener med. Woch.*, 3 juil.)

Moelle. — Structure des cellules ganglionnaires spinales chez l'homme. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIX, p. 315.) — Staderini. Rapports de quelques noyaux de la substance grise de la moelle allongée. (*Int. Monats. f. Anat.*, XIII, 9.) — Martinotti. Sur quelques particularités des cellules nerveuses de la moelle mises en évidence avec la réaction noire de Golgi. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 253.) — Cannieu. Notes embryologiques sur les ganglions spinaux. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.) — Donetti. Sur le trajet des fibres exogènes de la moelle. (*Rev. neurol.*, 15 avril.) — Russell. Origine et trajet de certains faisceaux afférents et efférents de la moelle allongée. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — Morat et Bonne. Les éléments centrifuges des racines postérieures médullaires. (*Acad. des Sc.*, 12 juil.) — Bonne. Sur les éléments centrifuges des racines postérieures. (*Thèse de Lyon.*) — W. Bechterew. Sur le faisceau interne particulier des cordons latéraux. (*Rev. de psych. russe*, avril.) — Valenza. De l'existence de prolongements protoplasmiques et cylindraxiles qui s'entrecroisent dans la commissure grise postérieure de la moelle. (*Soc. de biol.*, 24 juil.) — Dexler. Histologie des cellules ganglionnaires du cheval à l'état normal et après intoxication arsénicale. (*Jahrb. f. Pysch.*, XVI, 1.) — Morat. Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires. (*Acad. des Sc.*, 24 mai.) — Souques et Marinesco. Lésion de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts. (*Presse méd.*, 2 juin.) — Zappert. Dégénérescence radiculaire de la moelle chez l'enfant. (*Jahrb. f. Psych.*, XVI, 1.) — Vassale. Sur la différence anatomo-pathologique entre les dégénérescences systématiques primaires et secondaires de la moelle. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 129.) — Vorotynski. Sur les dégénérescences secondaires dans la moelle épinière après les lésions transverses de cet organe. (*Thèse de Kazan.*) — Hermite et Salva. Sclérose en plaques d'origine infectieuse. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Fayolle et Perret. Sclérose en plaques. (*Lyon méd.*, 25 juil.) — Arnoul. Sur la sclérose en plaques frustes à type spasmodique. (*Thèse de Toulouse.*) — Raymond. Sclérose latérale amyotrophique. (*Presse méd.*, 26 mai.) — Raymond. Sur 2 cas de sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire. (*Ibid.*, 19 mai.) — Batten et Horne. Sclérose disséminée avec anesthésie du larynx et du palais. (*Saint-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 173.) — Patrick. De l'irritation spinale. (*Medicine*, juil.) — Fraenkel. De l'état des réflexes dans les lésions supralombaires de la moelle. (*Med. Record*, 15 mai.) — Velder. Les maladies du cone médullaire et de la queue de cheval. (*Thèse d'Erlangen.*) — Haushalter et Thiry. 2 cas de rigidité spasmodique infantile. (*Soc. de biol.*, 3 juil.) — Becker. Paralysie ascendante aiguë et maladie de Landry. (*Presse méd. belge*, 11 juil.) — Thiroloix et Rosenthal. Myélite aiguë primitive à streptocoques survenue à l'occasion d'un refroidissement,

Digitized by Google

paraplégie flasque, mort par congestion pulmonaire suraiguë. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Mongour et Carrière. Sur un cas de myélite sub aiguë dorso-lombaire. (*Presse méd.*, 7 juil.) — Biernacki. Myélopathie endoartéritique aiguë. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 173.) — Heuser. Myélite cervicale post-traumatique. (*Thèse de Munich.*) — Schuster. Polyomélite antérieure chronique. (*Berl. klin. Woch.*, 4 janv.) — Altmann. Epidémie, 14 cas, de polyomyélite antérieure aiguë. (*Australas. med. Gaz.*, 24 avril.) Williams. Hématomyélie traumatique. (*Lancet*, 7 août.) — Dejerine. Sur l'existence de la main succulente dans la poliomyélite chronique. (*Soc. de biol.*, 12 juin.) — Marinesco. De la main succulente dans la syringomyélie. (*Ibid.*, 17 juil.) — Gilbert et Garnier. Da la main succulente dans l'hémiplégie. (*Ibid.*. 5 juin.) — Dejerine et Thomas. Sur un cas de syringomyélie type scapulo-huméral avec intégrité de la sensibilité. (*Soc. de biol.*, 10 juil.) — Marinesco. Un cas de maladie de Morvan avec autopsie. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 fév.) — Eichhorst. Syringomyélie cervicale et bulbaire. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er fév.) — Weigel. De la syringomyélie. (*Thèse d'Erlangen.*) — Gastou, Lesné et Dominici. 2 cas de syringomyélie à type Morvan. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 563.) — Blumenau. Un cas rare de syringomyélie. (*Rev. de psych. russe*, avril.) — Tumpowski Etiologie et symptomatologie du tabes dorsalis. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 467.) — Simpson. Un cas de tabes dorsal avec aliénation. (*J. of nervous dis.*, juil.) — Bowes. 2 cas de maladie de Friedreich. (*Lancet*, 10 juil.) — Brower. L'ataxie héréditaire, maladie de Friedreich. (*J. Americ. med. Ass.*, 8 mai.) — Hodge. 3 cas de maladie de Friedreich présentant un accroissement du réflexe patellaire. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — Tambroni et Finzi. Un cas de tabes spasmodique familial. (*Riv. di freniat.*, XXIII, p. 270.) — Ingelrans. Des formes anormales du tabes. (*Thèse de Paris.*) — Lemeignen. Du syndrome de Little. (*Ibid.*) — Schlayenhaufer. Le trajet des fibres et l'atrophie des nerfs optiques dans le tabes. (*Jahrb. f. Psych.*, XVI, 1.) — Kalischer. Ataxie locomotrice avec ophthalmoplégie, démence et atrophies musculaires. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 42. 11 janv.) — Bonar. Les perturbations sensorielles dans l'ataxie locomotrice; étude de la localisation des zones anesthésiques comme symptôme précoce. (*Med. Record*, 22 mai.) — Morel-Lavallée. L'œdème pulmonaire et les crises vaso-motrices dans le tabes. (*J. des Praticiens*, 14 mai.) — Pache. Tabes, crises gastriques. (*Thèse de Paris.*) — Verhaeghe. Un cas de diarrhée tabétique. (*Echo méd. Nord*, 4 juil.) — Santi. Etude de certains troubles trophiques du tabes, chutes des dents, mal perforant buccal. (*Thèse de Toulouse.*) — Gumpertz. Etat des nerfs cutanés dans quelques cas de tabes. (*Cent. f. Nerv.*, mai.) — Hirschberg. A propos du phénomène plantaire dans le tabes. (*Rev. neurol.*, 30 juil.) — Reynès. Le mal perforant plantaire chez les tabétiques (période préataxique), trois observations nouvelles. (*N. Montpellier méd.*, 15 mai.) — Cabrol. Sur un cas de tabes avec arthropathies multiples et hémiplégie organique. (*Thèse de Paris.*) — Auerbach. Des arthropathies tabétiques. (*Thèse de Berlin.*) — Targowla. De l'éducation motrice graduelle et de la révulsion galvanique du rachis dans le traitement du tabes. (*Rev. neurol.*, p. 257, 1896.) — Weissenbach. La rééducation des mouvements dans le tabes d'après la méthode de Fraenkel. (*Rev. médic. Suisse romande*, fév.) — Graeupner. De l'emploi thérapeutique des actions sur le sens acoustique dans le traitement gymnastique des troubles moteurs, en particulier de l'ataxie tabétique. (*Ther. Mon.*, juin.) — Spalikowski. De l'influence du sommeil hypnotique sur les gastralgies du tabes dorsal. (*Acad. des sc.*, 14 juin.) — Lemoine. Traitement des douleurs de l'ataxie par le bleu de méthylène. (*Soc. de biol.*, 12 juin.) — Tchouprine. Sur l'appareil de Sayer modifié pour être applicable à la sus-

Digitized by Google

pension des tabétiques. (*Rev. de psych. russe*, avril.) — MARÉCHAL. Le traitement de l'ataxie par l'élongation vraie de la moelle. (*Presse méd. belge*, 23 mai.) — MULLER. Un cas de tuberculose de la moelle avec dégénérescences secondaires. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 273.) — MARFAN. Tubercule solitaire de la moelle siégeant au niveau de l'émergence des deuxième et troisième paires sacrées. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.) — BISCHOFF. 2 cas de tumeurs du pont et de la moelle allongée. (*Jahrb. f. Psych.*, XV, 2.) — SCHLESINGER. Des abcès de la moelle. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, X, p. 410.) — COLLINS. Gliome de la moelle allongée. (*Ibid.*, p. 453.) — BREGMAN. De l'hématomyélie centrale. (*Ibid.*, p. 478.) — MOELLER. Un cas de gliosarcome de la moelle avec métastases dans le poumon, l'intestin et la capsule surrénale. (*Deut. med. Woch.*, 13 mai.)

Môle. — BLANCHARD. Symptomatologie et traitement de la môle hydatiforme. (*Thèse de Lille.*) — FRAIKIN. Môle hydatiforme. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juil.) — DEBOUT. Un cas de môle hydatiforme. (*Normandie méd.*, 1er juil.) — FATKINE. Des môles hydatiques destructives. (*Vratch*, 20 mars.) — BUÉ. 2 cas de môle vésiculaire compliqués de vomissements incoercibles. (*Soc. obst. de France*, 24 avril.) — BUÉ. Des vomissements incoercibles et du curetage dans la môle hydatiforme. (*Presse méd.*, 21 juil.)

Molluscum. — Les parasites du molluscum contagiosum ou acné varioliforme. (*Echo méd. Nord*, 13 juin.)

Monstre. — CHARRIN. Monstre double. (*Soc. de biol.*, 24 juil.) — MUCK. Etude des acardiaques. (*Thèse de Greifswald.*) — PATAY et COUPU. Présentation d'un monstre pseudencéphalien nosencéphal, difficultés du diagnostic pendant la grossesse et le travail. (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest*, VI, p. 98.) — MILLER. Anencéphale et sac supplémentaire. (*N.-York med. j.*, 1er mai). — MELLOR. Monstre anencéphale. (*Lancet*, 26 juin.) — MEUNIER. Amélie. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, janv.) — GASNE. Un cas d'hémimélie chez un fils de syphilitique. (*Ibid.*, janv.) — GILÈS et PRAT. Dissection d'un monstre humain double autositaire (monstre sysomien — genre dérodyme). (*N. Montpellier méd.*, 29 mai.) — LOVETT et COUNCILMAN. Double tératome. (*J. of exp. med.*, II, p. 427.) — FÉRÉ. Sur la production expérimentale des tératomes. (*Arch. d'anat. microsc.*, I, 2.)

Mort. — HAMANT. De la mort subite post-opératoire. (*Thèse de Paris.*) — MARKUSE. De la mort subite chez l'enfant. (*Thèse de Fribourg-en-Brisgau.*) — MANN. De la mort subite par causes naturelles. (*Lancet*, 26 juin.)

Morve. — JOUBERT. Etude clinique et thérapeutique de la morve humaine. (*Thèse de Paris.*) — GUINARD et RABIEAUX. Sur certaines modifications cardio-vasculaires produites par la malléine chez des animaux morveux. (*Soc. de biol.*, 31 juil.) — FOULERTON. Séro-diagnostic de la morve. (*Lancet*, 1er mai.) — MOREL. Des déterminations articulaires de la morve chez l'homme. (*Thèse de Lyon.*)

Muguet. — STEINER. Pathogénie du muguet. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 385.)

Muscles. — BATTEN. Le muscle fasciculé dans les conditions pathologiques. (*Brain*, n° 77.) — JEANNE. Muscle presternal. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) WEISS. Sur l'architecture des muscles. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — SCHULTZ. Physiologie des muscles striés. (*Arch. f. Anat. et Phys.*, 3 et 4, p. 307.) — BERNSTEIN. Action latente de la contraction musculaire. (*Arch. f. ges.*

Digitized by Google

Phys., LXVII, p. 207.) — Brodie et Richardson. Changements de longueur des muscles striés sous l'influence de la chaleur. (*J. of Phys.*, XXI, p. 353.) — Mlle Pompilian. La contraction musculaire et la transformation de l'énergie. (*Thèse de Paris.*) — Mlle Pompilian. Influence du poids tenseur sur la chaleur dégagée par le muscle pendant la contraction. (*Acad. des sc.*, 24 mai.) — Zenoni. Recherches expérimentales sur le travail musculaire dans l'air comprimé. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 46.) — Johansson. Sur l'élimination de CO^2 et sur la température centrale en dehors de l'activité musculaire. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 22.) — V. J. Uexküll. Conditions de la production de la secousse musculaire secondaire. (*Zeit. f. Biologie*, XXXV, p. 183.) — Gad. Polémique au sujet de l'attraction longitudinale dans la contraction musculaire isotonique. (*Archiv für Physiologie*, p. 336.) — Schenck. Variation négative des secousses isotoniques et isométriques. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 106.) — Garnier et Lambert. Action du NaCl sur la respiration musculaire. (*Soc. de biol.*, 17 juil.) — Tissot. Les lois du mouvement énergétique dans les muscles en contraction volontaire statique, nouvelle méthode pour l'étude des phénomènes de la respiration. (*Thèse de Paris.*) — Joachimsthal. Modifications fonctionnelles de la forme des muscles. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 503.) — Puporac. Etude clinique et histologique des tumeurs caverneuses des muscles. (*Ibid.*, p. 555.) — Kaiser. Entraînement par inertie du levier myographique. (*Zeit. f. Biol.*, XXXV, p. 95.) — Weiss. Sur l'adaptation fonctionnelle des muscles. (*Arch. de phys.*, IX, p. 504.) — Du Bois Reymond. Théorie de la station verticale. (*Arch. f. Phys.*, p. 376.) — Riche. Etude histologique et chimique de l'action des antiseptiques sur la substance des muscles. (*J. de pharm.*, 15 août.) — Haiser. Etude de l'acide inosique. (*Monats. f. Chem.*, XVI.) — Mörner. Sur la matière colorante des muscles. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 2.) — Klippel. Arrêt de développement du membre supérieur consécutif à un traumatisme datant de l'enfance, atrophie musculaire numérique. (*Presse méd.*, 31 juil.) — Egger. Etude de l'atrophie musculaire névritique progressive. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 400.) — Wotschke. De l'atrophie musculaire précoce à la suite de l'hémiplégie cérébrale. (*Thèse de Leipsig.*) — Hoffmann. De l'atrophie musculaire spinale, héréditaire, progressive dans l'enfance. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, X, p. 292.) — Bonardi. Dystrophie musculaire progressive. (*Gaz. d. Osped.*, 15 août.) — Gilles de la Tourette. Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs hémiplégiques. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 avril.) Oppenheim et Cassirer. De l'atrophie musculaire progressive dite neurotique, (*Berlin. klin. Woch.*, 21 déc. 1896.) — Heldenbergh. Un cas d'amyotrophie du type Charcot-Marie d'origine héréditaire, chez un adulte. (*Belgique méd.*, 10 juin.) — De Buck. Un cas d'atrophie musculaire progressive d'origine traumatique prise pour une hématomyélie spontanée. (*Ibid.*, 29 juil.) — Miraillié. Un cas de main succulente dans un cas de myopathie atrophique progressive. (*Soc. de biol.*, 26 juin.) — Wersitoff. Sur les altérations des muscles dans les lésions des vaisseaux. (*Arch. russes de pathol.*, avril.) — Grout. De la myosite tuberculeuse. (*Thèse de Paris.*) — Hembry. De la tuberculose des muscles. (*Ibid.*) — Soury. Les myoclonies, physiologie pathologique. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Haynes. Un cas de myotonie congénitale. (*J. of nervous dis.*, juil.) — Nikonoff. De la maladie de Thomsen. (*Thèse de Paris.*) — Delogu. Un cas de maladie de Thomsen. (*Gaz. d. Osped.*, 25 juil.) — Korngold. La maladie de Thomsen. (*Thèse de Paris.*) — Delorme. Rupture ancienne du moyen adducteur traitée avec succès par la suture. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 249.)

Mycosis. — Besnier et Hallopeau. Sur un cas de mycosis fongoide d'emblée

Digitized by Google

avec lésions aiguës multiformes. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 743.) — LEGRAIN. Sur certaines lésions cutanées mycosiques observées dans les pays chauds. (*Ibid.*, VIII, p. 783.) — HALLOPEAU et WEIL. Sur un cas d'érythrodermie premycosique avec lésions buccales et pharyngées. (*Ibid.*, VIII, p. 651.) — SEDERHOLM. Du mycosis fongoïde. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 20.)

Myxœdème. — LIPSCHITZ. Du myxœdème. (*Thèse de Berlin.*) — A. COMBE. Le myxœdème. (*Rev. méd. Suisse romande*, fév.) — BECK. Des modifications histologiques de la peau dans le myxœdème. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 597.) — THIBIERGE. Des rapports de l'infantilisme avec le myxœdème et du myxœdème avec le crétinisme, à propos d'un cas d'infantilisme chez un sujet atteint d'atrophie thyroïdienne et originaire de pays à endémie goitreuse. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mars.) — ANDERS. Deux cas de myxœdème. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 juil.) — MOUSSOUS. Deux cas d'idiotie myxœdémateuse. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — PARKER. Crétinisme acquis du myxœdème juvénile. (*Brit. med. j.*, 29 mai.) — D'ANDREA et PIERACCINI. 3 cas d'idiotie myxœdémateuse familiale traités par la thyroïde. (*Settimana med.*, 3 juil.)

Myopie. — OTTO. De la myopie intense et de son traitement. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 323.) — WIDMARK. Etudes statistiques sur la myopie. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 15.) — JABOULAY. L'amélioration de la vision des myopes après la section du sympathique cervical. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — DISLER. 10 cas de traitement opératoire de la myopie forte. (*Vratch*, 19 juin.) — DOR. De la correction totale de la myopie. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 356.) — DRANSART. Traitement chirurgical de la myopie progressive. (*Ibid.*)

N

Nævus. — BESNIER et BARTHÉLEMY. Nævus vasculaire de la région cubitale, troubles fonctionnels de l'articulation cubito humérale. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 643.) — BROCQ. Nævus vasculaire plan traité par l'électrolyse négative. (*Ibid.*, VIII, p. 728.) — BRAULT. Nævus de la main gauche avec troubles tropho-neurotiques. (*Ibid.*, p. 779.) — MORROW. 2 cas de nævus linéaire. (*J. of cut. dis.*, août.)

Nerf. — ROUGET. Structure intime des plaques terminales des nerfs moteurs chez les vertébrés supérieurs. (*Arch. de Phys.*, IX, p. 489.) — ROUGET. Sur les procédés de recherches des plaques terminales motrices. (*Ibid.*, p. 677.) — WESTPHAL. De la formation médullaire des nerfs cérébraux. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 420.) — BIELD. Histologie des nerfs périphériques et de leurs centres aprés la névrotomie. (*Wiener klin. Woch.*, 29 avril.) — HAHN. Etude histologique des nerfs ciliaires. (*Ibid.*, 5 août.) — OSSIPOW. Sur les terminaisons central du nerf spinal. (*Rev. de psych. en russe.*, mai.) SOUKHANOFF. La racine spinale du trijumeau. (*Rev. de neurol.*, 15 août.) — KAPSAMMER et PAL. L'innervation de la vessie et du rectum. (*Wiener klin. Woch.*, 3 juin.) — MORAT. Sur la constitution du grand sympathique, ses centres trophiques. (*Acad. des sc.*, 14 juin.) — CANNIEU. Anastomose entre la branche profonde du cubital et le médian. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.)

Digitized by Google

LAFFAY. Anastomose nerveuse entre le nerf nasal et le nerf lacrymal. (*Ibid.*, 30 mai.) — CREMER. Recherches neurothermiques sur le nerf sans myéline. (*Münch. med. Woch.*, 16 mars.) — SIEGELE. Du nerf accessoire, de Willis, un cas de paralysie isolée. (*Thèse de Heildeberg.*) — — TUMANZEW. Influence du sympathique sur la pupille contra-latérale. (*Cent. f. med. Wiss.*, 3 juill.) — DELEZENNE. Démonstration de l'existence de nerfs vaso-sensibles régulateurs de la pression sanguine. (*N. Montpellier méd.*, 24 avril.) — NICHOLS. Des nerfs de la douleur. (*Psycholog. review*, III, 3.) — MORAT. Les nerfs trophiques. (*Lyon méd.*, 13 juin.) — DANILEWSKY. Sur l'excitation des nerfs par les rayons électriques. (*Arch. de Phys.*, IX. p. 511 et 527.) — BORDIER. Action des états variables du courant galvanique sur les nerfs sensitifs, lois des secousses sensitives. (*Ibid.*, p. 543.) — TREVES. Sur la fonction respiratoire du nerf vague. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 169.) — ALBRECHT. Le temps latent de la réaction pupillaire sous l'influence de l'excitation du sympathique cervical. (*Thèse de Rostock.*) — BRIAU. Ulcères perforants de la patte chez des chiens à la suite de la section des racines postérieures des nerfs lombaires et sacrés. (*Lyon méd.*, 30 mai.) — Mlle MAJENSKA. De la névrite ascendante. (*Thèse de Paris.*) — NACCIARONE. Les névrites sulfo-carbonées. (*Riforma med.*, 4 mars.) — DOUILLET. Névrite toxique par l'arsenic. (*Dauphiné méd.*, juin.) — ALLEN. Diagnostic et traitement de la névrite multiple. (*Med. Record*, 24 avril.) — FLEMING. 2 cas de névrite périphérique, résultats comparés de dégénérescence nerveuse expérimentale et des modifications des cellules nerveuses. (*Brain*, n° 77.) — GIBSON et TURNER. Paralysie de la 3e paire par névrite hémorragique. (*Edinb. med. j.*, mai.) — DESTOT. Paralysie du médian due à l'usage de la bicyclette. (*Lyon méd.*, 1er août.) — E. FLATAU. Paralysie faciale périphérique avec dégénération rétrograde des neurones, étude d'anatomie normale et pathologique des nerfs facial, cochléaire et trijumeau. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 280.) — DERCUM et LEOPOLD. Un cas d'atrophie neurotique primitive. (*J. of nervous dis.*, juil.) — RIVIÈRE. De l'épicondylalgie. (*Thèse de Paris.*) — FOX. Les céphalées, formes communes, l'état de la tension artérielle. (*Lancet*, 7 août.) — ELSNER. Erythromélalgie associée à la maladie de Raynaud. (*Med. News*, 19 juin.) — JANOT. Etude de la sciatique et en particulier des modifications du réflexe du tendon d'Achille. (*Thèse de Toulouse.*) — VERHOOGEN. Sur la névralgie paresthésique de Bernhard-Roth. (*J. méd. Bruxelles*, 24 avril.) — DONATH. Un cas de paresthésie du nerf cutané fémoral externe. (*Wiener med. Woch.*, 19 juin.) — LAGO. Sur la sciatique double. (*Thèse de Paris.*) — MARTAUD. Sur le tic convulsif simple. (*Thèse de Bordeaux.*) — FINLEY. Forme particulière de tic convulsif familial avec exacerbations nocturnes et attaques épileptiques. (*Montreal med. j.*, mars.) — DANA. Le traitement curatif du tic douloureux. (*Med. Record*, 1er mai.) — BORISCHPOLSKI. Traitement de la sciatique par les douches écossaises. (*Rev. de psych. en russe*, mai.) — MOELLER. La migraine dans les névralgies. (*Wien. klin. Rundsch.*, 18 avril.) — LESZYNSKY. Traitement de la névralgie du trijumeau. (*Med. Record*, 27 mars.) — MARTY. Du traitement de la sciatique rebelle par le hersage. (*Thèse de Paris.*) — ROBIN. Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique, et en particulier par les injections sous-cutanées de glycéro-phosphate de soude. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai.) — BUSCH. Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. (*Thèse de Berlin.*) — MAUCLAIRE. Le traitement chirurgical de la névralgie faciale. (*Presse méd.*, 9 juin.) — CAHEN. Ostéoplastie de la cavité orbitaire dans la résection du trijumeau. (*Cent. f. Chir.*, 10 juill.) — CHARPY. De la distension du plexus brachial. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 août.) — DUBAR. Plaie contuse du nerf médian au niveau du ligament annulaire antérieur du corps. (*Echo méd. Nord*, 2 mai.) — BERGER.

Digitized by Google

Compression du nerf tibial postérieur par un cal ancien. Mal perforant plantaire. (*Bull. méd.*, 10 fév.) — ANNEQUIN. Luxation traumatique du nerf cubital droit. (*Dauphiné méd.*, avril.) — GÉRARD-MARCHANT. Nerf radial sectionné, suture guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 252.) — MONOD. Névrite du médian par suite de luxation radio-carpienne. (*Ibid.*, p. 257.) — LAFFAY. Sur un nouveau procédé de section intracranienne du facial chez le chien. ((*Arch. de phys.*, IX, p. 698.) — GROSS. Résection extracranienne totale du nerf maxillaire supérieur (2 cas, supériorité du procédé de Kocher.) (*Semaine méd.*, 9 juin.) — PÉRAIRE et PILLIET. Tubercule sous-cutané douloureux de la jambe gauche. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — LEHMANN. Développement et traitement des névromes d'amputation. (*Thèse de Leipsig.*) — BERRY. Volumineux fibro sarcome du nerf sciatique. Ablation. (*Lancet*, 5 juin.) — MOTY. Sarcome du médian. (*Nord méd.*, 15 mai.) — DELORE. Un nouveau cas de neuro-fibromatose. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — PETREN. Du névrome généralisé multiple. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 10.) — FAIVRE. Neurofibromatose généralisée. (*Journ. méd., Bordeaux*, 6 juin.) — ORIOT. De la neurofibromatose. (*Thèse de Paris.*) — V. BUENGNER. Du neurofibrome multiple des nerfs périphériques et du sympathique. (26e *Cong. de chir., Berlin*, avril.)

Nerveux (**syst.**) — ROGIE. Substratum anatomique du réflexe, conception du neurone. (*J. sc. méd. Lille*, 24 avril.) — SOULKANOFF. La théorie des neurones et rapports avec l'explication de quelques états psychiques normaux et pathologiques. (*Arch. de neurol.*, mai.) — DERCUM. La théorie du mouvement du neurone. (*Amer. med. Bull.*, 25 avril.) — EURICH. Etudes de la névroglie. (*Brain*, n° 77.) — HILL. Notes sur les granules. (*Ibid.*) — HILL. Sur la théorie de la constitution de la matière grise. (*Ibid.*) — BARKER Anatomie et physiologie du système nerveux et des neurones. (*N.-York med. j.*, 15 mai.) — STEPHENSON. Fibres nerveuses médullaires excentriques. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 241.) — GULLAND. Les fibres nerveuses dans les vaisseaux intracraniens. (*Rep. laborat. roy. college Edinb.*, VI. p. 55.) — MARINESCO. Nouvelles recherches sur la structure fine de la cellule nerveuse et sur les lésions produites par certaines intoxications. (*Presse méd.*, 16 juin.) — MONTI. Sur le système nerveux des dendrocèles d'eau douce. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 15.) — ROSIN. Préparation de cellules nerveuses. (*Arch. f. Phys.*, p. 161.) — GREEF. Cellules ganglionnaires jumelles. (*Cent. f. Nerv.*, mai.) — HELD. Structure des cellules nerveuses. (*Arch. f. Anat.*, 3 et 4, p. 204.) — DEJERINE. Sur la chromatolyse de la cellule nerveuse au cours des injections avec hyperthermie. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — LEVI. Recherches cytologiques comparées sur la cellule nerveuse des vertébrés. (*Riv. di patol. nervosa*, II, p. 193.) — COURTADE et GUYON. Fonction réflexe du ganglion mésentérique inférieur. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — LUGARO. A propos de quelques variantes à la formule de la polarisation dynamique. (*Monit. zool. ital.*, VIII, 4.) — J. ZANIETOWSKI. Addition de décharges de condensateur dans le système nerveux central. (*Centralbl. f. Physiol.*, XI, 27.) — BROADBENT. Les progrès dans la pathologie et le traitement des maladies nerveuses. (*Practitioner*, juin.) — FLATAU. Pathologie des cellules nerveuses. (*Fortsch. d. Med.*, 15 avril.) — GRASSET. Maladies du système nerveux et sclérose multiple disséminée. (*Arch. de Neurol.*, août.) — BLUMREICH et JACOBY. Etiologie de la sclérose multiple. (*Deut. med. Woch.*, 8 juill.) — HAMILTON. Démonstration des dégénérescences secondaires du système nerveux par l'acide perosmique. (*Brain*, n° 77.) — NEPPI. Altération cadavériques des cellules nerveuses révélées par la méthode de Nissl. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 152.) — BUCCELLI. Troubles nerveux par abstinence de tabac chez les neuro-psychopathes. (*Ibid.*, II, p. 299.) —

Digitized by Google

Stcherbak. Organisation et fonctionnement de la clinique des maladies nerveuses à Varsovie en 1895. (*Rev. de psych. russe*, fév.) — Goltzinger. Les maladies nerveuses en Abyssinie. (*Ibid.*, juin.) — Gimlette. Etiologie symptômes et traitement du latah, 2 cas. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — Thomson. La signification de la douleur. (*Med. News*, 19 déc. 1896.) — Féré. Le dédoublement du tourbillonnement des cheveux et de l'infundibulum sacrococcygien. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai.) — Tchigaïew. Sur le traitement de quelques formes de maladies nerveuses par le tremblement. (*Rev. de psych. russe*, avril.) — Glantenay. Chirurgie des centres nerveux. (In-18, 300 p. *Paris*.)

Névrose. — Savage. Hérédité et névrose. (*Brain*, n° 77.) — Mlle Pokrytschkine. Des variations de forme du cœur dans les névroses. (*Thèse de Paris*.) — Guthrie. Un cas de psychro-esthésie. (*Brain*, n° 77.) — Lœwenfeld. Des obsessions musicales. (*Cent f. Nerv.*, III, 2). — Bishop. Symptomatologie de la neurasthénie chez la femme. (*Med. News*, 17 juill.) — Edes. Les relations de la neurasthénie avec la nutrition générale. (*Boston med. Journ.*, 17 juin.) — Mlle Kachpérov. De la neurasthénie. (*Thèse de Paris*.) — Roosa. L'asthénopie, signe précurseur de la neurasthénie. (*Med. Record.*, 29 mai.) — Joseph. Sur la symptomatologie de la neurasthénie. (*Wien. med. Woch.*, 12 juin.) — Kiernan. Dyspepsie amylacée dans la neurasthénie. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Vial. Dégénérescence mentale et neurasthénie. (*Thèse de Lyon*.) — Proust et Ballet. L'hygiène du neurasthénique. (In-16, 382 p., *Paris*.) — Dupuy. Sur les mimiques voulues. (*Thèse de Lyon*.) — Bechterew. Sur le traitement de la myotonie. (*Rev. de psych. en russe*, mai.)

Nez. — Garel et Collet. Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx, anatomie nasale et pathologique. (In-18, 19 p. 30 planches, *Paris*.) — Mendel. Physiologie et pathologie de la respiration nasale. (In-8° 165 p., *Paris*.) — Gambati. Rapports des dents avec l'oreille, le nez. (*Laryngoscope*, mai.) — Srazza. Comptes rendus statistiques de la clinique otorhinologique de Gênes. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XV, p. 161.) — Bayer. Pathogénie des affections nasales et d'origine nasale. (*Rev. hebd. de lar.*, 10 juin.) — Dionisio. Sur l'endoscopie nasale. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév.) — Kirstein. Le procédé de rhinoscopie de Killian. (*Berl. klin. Woch.*, 1er fév.) — Fliess. Des rapports qui existent entre les organes génitaux et l'appareil nasal. (*Vienne*.) — Lermoyez et Boulay. Insuffisance et obstruction nasales. (*Presse méd.* 16 juin.) — Snow. Céphalées d'origine nasale. (*Med. News*, 10 juill.) — Hobbs. Sur quelques réflexes d'origine nasale. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 avril.) — Martin. Du chlorydrate d'eucaïne en rhinologie, otologie. (*Soc. franc. de lar.*, mai.) — Anderson. Méthode d'anesthésie cocaïnique de la muqueuse nasale. (*J. Amer. med. Ass.*, 22 mai.) — Schwidop. Le massage de la muqueuse du nez et du pharynx. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 5 mai.) Dionisio. Méthode de tamponnement de la cavité nasale avec la gaze. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév.) — Berneick. Du sozoiodol dans les maladies du nez, de la gorge et de l'oreille. (*Thèse de Kœnigsberg*.) — Joal. Epistaxis dues aux odeurs. (*Soc. franc. de lar.*, mai et *Rev. hebd., de lar.*, 26 juin.) — Saenger. Traitement du coryza aigu. (*Therap. Mon.*, mai.) — Vassal. Sur les rhinites spasmodiques. (*Thèse de Paris*.) — Avellis. Traitement du coryza nerveux. (*Therap. Woch.*, 27 juin.) — Arslan. Encore deux mots sur la rhinite caséeuse (n'est pas une maladie spéciale.) (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 159.) — Hill. Rhinite caséeuse et rhinolithe. (*London lar. soc.*, 10 mars.) — Scherliess. Des inflammations fibrineuses des voies aériennes supérieures avec 4 nouveaux cas de rhinite fibrineuse diphtérique. (*Thèse de Kœnigsberg*.) — Casselberry. Rhinite membraneuse diphtérique

Digitized by Google

et non diphtérique. (*Medicine*, juill.) — MACNAUGHTON JONES. Ulcération menstruelle du nez. (*Brit. lar. Ass.*, 30 avril.) — LENHARDT. Occlusion complète des narines par cicatrices de syphilides tertiaires. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — ROOT. Obstruction nasale chez un nouveau-né. (*N.-York med. j.*, 8 mai.) — BONNES. De la rhinolalie. (*Thèse de Lyon.*) — JAFFRÉDOU. De la nécrose syphilitique du corps du sphénoïde. (*Thèse de Bordeaux.*) — RHODES. La rhinite atrophique. (*J. Amer. med. Ass.*, 26 juin.) — COMPAIRED. Le nouveau traitement de l'ozène. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — MOLINIE. 3 cas d'ozène guéris par les injections de sérum de Roux. (*Ibid.*, avril.) — MAGNAN. Du traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. (*Thèse de Bordeaux.*) — PORCHER. Le gaz oxygène pour le traitement des suppurations nasales. (*N.-York med. j.*, 31 juill.) — GRADENIGO: Sur le traitement de l'ozène. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév., et *Ann. mal. de l'or.*, juin.) — REICHERT. Inflammation chronique de la muqueuse ethmoïdale. (*Wien. klin. Runds.*, 2 mai.) — GRADENIGO. Contribution à l'étude clinique de la sinusite aiguë. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, fév.) — COLLIER. Anatomie, développement, pathologie du sinus frontal. (*Lancet*, 12 juin.) — LANNOIS. Sinusite frontale. (*Lyon méd.*, 8 août.) — GRADENIGO. A propos des signes cliniques de la sinusite frontale. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — GRADENIGO. Aspect clinique de la sinusite frontale aiguë. (*Mon. f. Ohr.*, avril.) — ZAMAZAL. Un cas d'abcès avec irruption dans le sinus frontal. (*Wiener med. Woch.*, 26 juin.) — PHOTIADES. Nouvelle méthode de traitement post-opératoire des empyèmes du sinus frontal. (*Ann. mal de l'or.*, mai.) — LUC. Nouveaux faits relatifs à la méthode Ogston Luc, pour la cure radicale de l'empyème frontal, examen critique des insuccès et des accidents pouvant résulter de son exécution défectueuse. (*Soc. franc. de lar.*, mai.) — MORIN. Du traitement des sinusites frontales par l'ouverture large et le drainage endo-nasal. (*Thèse de Paris.*) — MYLES. Traitement des sinusites. (*Med. News*, 7 août.) — SCHEPPEGRELL. Traitement des sinusites suppurées par l'ozone. (*J. of laryng.*, juill.) — STOUT. Un cas d'atrésie congénitale des fosses nasales avec respiration très rapide. (*J. Amer. med. Ass.*, 22 mai.) — D'AGUANNO. Occlusion congénitale de la fosse nasale postérieure droite. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 231.) — GRIFFIN. Malformation de la cloison nasale. (*N. York med. j.*, 12 juin.) — HELTMAN. Déviation de la cloison cartilagineuse. (*Laryngoscope*, avril.) — ELLET. 2 cas d'abcès de la cloison. (*Ibid.*, avril.) — PARKER. Eperons de la cloison, leur influence sur l'appareil respiratoire. (*N.-York. med. j.*, 5 juin.) — NOQUET. Un cas de tumeur papillaire du cornet inférieur et de la cloison. (*Soc. franc. de lar.*, mai.) EGGER. Des tumeurs vasculaires de la cloison nasale. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — KNIGHT. Exostose de la cloison cause de naso-pharyngite chronique (*Laryngoscope*, avril.) — ROE. La correction de la dépression et de la déformation du nez par des interventions sous-cutanées. (*Med. Record*, 5 juin.) — BAYET. Destruction du septum nasal sans déformation du nez. (*Soc. roy. sc. méd. Bruxelles*, 5 avril.) — SARREMONE. Traitement des déviations de la cloison. (*Soc. franc. de lar.*, mai.) — BOTEY. Traitement de la déviation verticale de la cloison cartilagineuse avec obstruction nasale et latéralisation de la pointe du nez. (*Ann. mal. de l'or.*, juill.) — BUTTS. Opération pour les déformations internes et externes du nez causées par les déviations de la cloison. (*N.-York med. j.*, 22 mai.) — STUCKY. La turbinectomie ou résection du cornet moyen, 120 cas. (*Laryngoscope*, avril.) — Discussion sur la turbinotomie du cornet inférieur. (*London laryng. Soc.*, 12 mai.) — J. GOURDIAT. Quelques observations de pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales. (*Province méd.*, 26 sept. 1896.) — J. GOURDIAT. Diagnostic différentiel des pseudo-néoplasmes tuberculeux et des tumeurs malignes des fosses nasales, pronostic. (*Rev. mal cancér.*, II, p. 67.)

Digitized by Google

Fethke. Un cas rare de calcul nasal. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Malosse. Analyse d'un rhinolithe. (*Bull. méd. Algérie*, 10 fév.) — Briau. Elephantiasis cartilagineuse du nez. (*Gaz. hebd. Paris.*, 20 juin.) — Nedeltcheff. De l'elephantiasis chondromateux du nez. (*Thèse de Lyon.*) — Kronenberg. Polypes du nez et suppurations nasales. (*Therap. Mon.*, mai.) — Walliczeck. Le polype hémorragique de la cloison nasale. (*Mon. f. Ohr.*, avril.) — Gaudier. Nouvelle méthode d'ablation des polypes fibro-muqueux choanaux par la voie buccale. (*Echo méd. Nord*, 25 avril.) — Lichtenberg. Ablation d'un polype nasal; otite moyenne aiguë; abcès d'origine otique de la fosse cranienne moyenne: antrectomie; trépanation, guérison. (*Wien. med. Woch.*, 17 juill.) — Bégouin. Sarcome des fosses nasales. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.) — Goldenstein. Appareils pour servir de charpente aux parties molles du nez dans les restaurations de cet organe. (*Bull. Acad. de Méd.*, 9 mars.) — Hawes. Un nouvel appareil pour les fractures du nez (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — Hacker. De la rhinoplastie partielle et totale. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 545.)

Nutrition. — Malerba. Sur le mode de se comporter du soufre protéique dans l'organisme. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 221.) — Bertels. Influence de la bière sur l'échange des matières azotées chez l'homme sain. (*Thèse de Jouriew.*)—Tigerstedt. Le minimum d'échanges des matières chez l'homme. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 37.)

O

Obésité. — Carrez. De l'influence des boissons et du milieu sur la production de l'obésité. (*Thèse de Paris.*) — Burzagli. Le traitement de l'obésité. (*La Settimana med.*, 26 juin.)

Occlusion intestinale. — Galliard. L'invagination intestinale. (*Méd. mod.*, 30 juin.) — Magdeburg. Des invaginations intestinales. (*Thèse de Munich.*) — Power. Anatomie fine de l'invagination. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 484.) — Heidenhain. Pathologie et traitement de l'occlusion intestinale aiguë. (*Ther. Woch.*, 11 juill., et *Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 211.) — Legueu. 2 cas d'occlusion intestinale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 498.) — Power. Invagination iléo-cœcale, son traitement. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Mc Ardle. L'obstruction intestinale aiguë. (*Dublin J.*, 1er avril.) — Boyd. Occlusion intestinale avec anomalie de position du côlon. (*Lancet*, 3 juill.) — Wright et Renshaw. Invagination chronique de l'appendice dans le cœcum, guérison par opération. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — Vitrac. Obstruction du côlon ascendant par brides épiploïques ayant simulé une appendicite. (*J. méd. Bordeaux*, 13 juin.) — Laurent et Paley. Invagination intestinale, elimination spontanée de 25 cent. d'intestin. (*Soc. anat. Paris*, 4 juin.) — Montprofit. Obstruction du pylore par calcul biliaire. (*Ibid.*) — Manley. Sur les conditions pouvant simuler l'obstruction organique du gros intestin. (*Med. Record*, 20 mars.) — Maugourd. Obstruction du pylore par calcul biliaire. (*Thèse de Paris.*) — Bidwell. 2 cas d'occlusion intestinale aiguë par adhérences. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — E. Kummer. Obstruction intestinale

Digitized by Google

par brides. Laparotomie, guérison. (*Rev. méd. Suisse romande*, janv. — Ciuti. Histoire d'un cas d'étranglement instestinal interne par bride. (*Settim. med.*, 28 nov. 1896.) — Nové-Josserand. De l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie. (*Lyon méd.*, 9 mai, et *Gaz. méd. Paris*, 19 juin.) — Gibson. Mortalité et traitement de l'intussusception aiguë. (*Med. Record*, 17 juill.)

Œil. — Siegrist. Procès ciliaires dans l'espace pupillaire. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 242.) — Gatti. Influence de l'innervation et de la circulation sur la résorption du sang dans le corps vitré. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 239.) — Axenfeld. Contribution à l'optique physiologique. (*Ibid.*, XXVII, p. 103.) — Hyslop. La vision droite. (*Psychol. rev.*, IV, 1.) — Chvalinski. Sur la pression intraoculaire. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Richey. Le taxis dans la tension intra-oculaire augmentée. (*J. Amer. med. Ass.*, 29 mai.) — Hess. Théorie de l'accommodation. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 477.) — Heinrich. L'attention et l'accommodation de l'œil. (*Cent. f. Phys.*, X, p. 57.) — Dexler. Vision binoculaire chez le cheval. (*Ibid.*, X, p. 774.) — Hallervorden. De la continuité du champ visuel. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juin.) — Goblot. Une expérience sur la vision. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 263.) — Pareny. Sur le pouvoir de l'œil normal de distinguer les couleurs voisines du spectre prismatique. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Burch. Certains phénomènes de vision colorée avec la lumière intermittente. (*J. of phys.*, XXI, p. 426.) — Augiéras. Fusion stéréoscopique des couleurs au point de vue clinique. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 372, et *Rec. d'opht.*, août.) — Steffan. De l'anopsie sensorielle. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 643.) — Dimmer. Études sur l'ophtalmoscopie. (*Ibid.*, XLIV, p. 1.) — Snellen. De l'érythropsie. (*Ibid.*, p. 19.) — Bull. Valeur de l'ophtalmomètre au point de vue pratique. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 370.) — Lohnstein. Etude des verres hyperboliques. (*Klin. Monat. f. prakt. Aug.*, avril). — Imbert. Sur une illusion d'optique. (*Soc. de biol.*, 10 juill.) — Adamük. Sur la vision au loin dans ses rapports avec la réfraction. (*Vratch*, 10 avril.) — Silex. Les nouveaux règlements relatifs à l'examen du pouvoir visuel des employés des chemins de fer prussiens. (*Wiener med Woch.*, 17 avril.) — Schmidt-Rimpler. Les modifications de la vision pendant le tir. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, mai.) — Lagrange. Précis d'ophtalmologie. (In-16, 710 p., *Paris.*) — Fuchs. Manuel d'ophtalmologie, 2e édition, traduction de Lacompte et Leplat. (In-8°, 859 p., *Paris.*) — Bruch. Des relations qui existent entre les affections oculaires et les maladies générales. (*Bull. méd. Algérie*, 10 juill.) — Hinshelwood. Les symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux. (*Glasgow med. j.*, juin.) — Katz. Rapports de l'appareil sexuel avec l'organe de la vue. (*Arch. russes de pathol.*, mai.) — Schloesser. L'importance de l'examen du champ visuel pour le diagnostic général. (*Münch. med. Woch.*, p. 109, 2 fév.) — Jess. Statistique de la morbidité à la clinique des maladies des yeux, à Kiel, de 1872 à 1896. (*Thèse de Kiel.*) — Beivel. Les maladies des yeux chez les cosaques du gouvernement d'Orenbourg. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Howe. La cécité dans l'Etat de New-York. (*N.-York med. j.*, 25 juin.) — Lépine. Sur un cas particulier de cécité psychique. (*Rev. de méd.*, juin.) — Salva. Le champ visuel périphérique dans l'amblyopie toxique. (*Dauphiné méd.*, mai.) — Ostwalt. Complications oculaires de la maladie de Pavy. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Owen. La douleur dans les affections oculaires. (*Birmingham med. rev.*, mai.) — Berger. Emploi de l'holocaïne en ophtalmologie. (*Soc. de biol.*. 19 juin.) — Weiss et Gœrlitz. Microphtalmie congénitale avec coloboma du nerf optique. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 244.) — Lange. Anatomie et pathogénie de la microphtalmie congénitale unilatérale. (*Ibid.*, XLIV, p. 66.) — Abadie. Des hémorragies du

Digitized by Google

fond de l'œil chez les jeunes sujets et les adultes. (*Soc. opht. Paris*, 6 avril.) — WAGENMANN. Hémophtalmie spontanée chez un hémophile. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 206.) — WEBER. Cécité double par hémorragies extra et intra-oculaires dans l'hémophilie. (*Ibid.*, p. 219.) — GINSBERG. De la tuberculose oculaire. (*Cent. f. prakt. Aug.*, mai.) — STEPHENSON. Bactériologie et traitement de l'ophtalmie catarrhale. (*Lancet*, 5 juin.) — NEUBURGER. L'ophtalmie granuleuse et les moyens de la faire disparaître. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, janv.) — ROTHHOLZ. De l'ophtalmie blennorragique des nouveau-nés. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 janvier.) — KATER. De l'ophtalmie puerpérale métastatique. (*Thèse d'Erlangen.*) — LECHNER. Un cas de cyclite aiguë unilatérale. (*Klin. Mon. f. Aug.*, mai.) — LAGRANGE. Panophtalmie jugulée par une injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juill.) — VIAN. Des solutions concentrées de permanganate de potasse dans le traitement de l'ophtalmie purulente. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 371.) — BRODZKI. De l'ophtalmomalacie. (*Thèse de Berlin.*) — KNAUER-GOERLITZ. De l'hémicranie ophtalmique. (*Cent. f. Nerv.*, IV, 3.) — MARKOW. Névralgie ophtalmique. (*Vratch*, 20 mars.) — COUTOUZIS. Nouvelle observation d'un cas de migraine ophtalmoplégique, paralysie du nerf oculo-moteur commun périodique. (*Journal de méd. et de chir. pratique*, 25 avril.) — BOUCHAUD. Un cas de migraine ophtalmoplégique. (*Presse méd.*, 28 avril.) — GULLSTRAND. De la paralysie des muscles oculaires. (*Nordiskt med. Ark.*, VIII, 11.) — THILLIEZ. Paralysie des muscles de l'œil. (*J. sc. méd. Lille*, 22 mai.) — BUCHANAN. Paralysie des muscles de l'œil. (*Lancet*, 17 juill.) — STOTZ. Étiologie de l'amaurose. (*Thèse de Giessen.*) — HIGIER. Des affections familiales du nerf optique. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 489.) — NOTTBECK. De la pseudo-névrite optique congénitale. (*Arth. f. Opht.*, XLIV, p. 31.) — HILL. 2 cas de cécité par les éclairs. (*Lancet*, 24 juill.) — GALEZOWSKI. Sur une atrophie particulière des nerfs optiques provoquée par une altération des vaisseaux lymphatiques. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 358) — DE WECKER. Du traitement des amblyopies toxiques, névrites rétro-bulbaires, par les injections de sérum. (*Ibid.*, juin.) — TROUSSEAU. Ophtalmie sympathique et galvano-cautère. (*Ibid.*, mai, p. 349.) — DOR. Essai de thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait de corps ciliaire du bœuf. (*Ibid.*, p. 366.) — FOUCHARD. De l'opportunité de l'énucléation du globe oculaire dans les ophtalmies sympathiques. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 428.) — HIRSCHBERG. Sur les opérations faites en 1896 avec l'aimant. (*Deut. med. Woch.*, 29 juill.) — PERGENS. Double cysticerque dans un œil. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc. 1896.) — HJORT. Traitement ouvert des plaies dans les opérations des yeux, 141 cas avec succès. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 31.) — PANAS. Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — RAZEMON. Des traumatismes oculaires chez les mineurs. (*Thèse de Lille.*) — GOSSART. Des brûlures de l'œil par la chaux. (*Thèse de Lille.*) — CHENEY. Les plaies pénétrantes de l'œil. (*Boston med. Journ.*, 15 juill.) — BROUSSOLLE. De l'énucléation de l'œil. (*Gaz. méd. Paris*, 8 mai.) — SUKER. De l'énucléation de l'œil. (*Medicine*, mai.) — MEANY. Adaptation et insertion d'un œil artificiel ; énucléation, etc. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — JUNGCLAUS. Six cas de mélano-sarcome de l'œil. (*Thèse de Strasbourg.*) — MEISLING. Note sur la propagation rétrobulbaire des sarcomes du globe de l'œil. (*Nord. med. Arkiv*, VII, 1.) — ABELSDORF. Cancer métastatique du tractus uvéal des deux yeux. (*Arch. of Opht.*, XXVI, p. 238.).

Œsophage. — NEUMANN, Métaplasie de l'épithélium œsophagien fœtal. (*Forts. d. Med.*, 15 mai.) — RUNPEL. Dilatations idiopathiques de l'œsophage. (*Berl. klin. Wochens.*. 8 fév.) — JAFFÉ. Dilatation de l'œsophage par cypho-

Digitized by Google

scoliose. (*Idém.*, 22 fév.) — GODART-DANHIEUX. Un cas d'œsophagisme dû à l'hyperchlorhydrie. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er juill.) — WEBER. De l'œsophagotomie interne, étude critique et historique. (*Thèse de Leipsig.*) — LEMAISTRE. De l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle. (*J. de clin. inf.*, 10 juin.) — RUEDINGER. Un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage avec fistule trachéo-œsophagienne. (*Thèse de Munich.*) — LANNOIS. Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'œsophage, traité par la sonde de Jaboulay. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — PICARD. Des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage. (*Thèse de Lyon.*) — PEPPER et EDSALL. Occlusion tuberculeuse de l'œsophage avec infiltration cancéreuse. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.) — HARTMANN. Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 253.) — SCHMIDT. Traitement du cancer de l'œsophage. (*Thèse de Tubingen.*) — BARLING. Gastrostomie pour cancer de l'œsophage. (*Birmingham med. review*, juin.)

Opothérapie. — BOUGRAND. De l'état actuel de l'opothérapie. (*Thèse de Paris.*) — GRANDE. Le poumon et l'opothérapie. (*Riforma med.*, 10 fév.)

Orbite. — GALLEMAERTS. Étude clinique sur la fente sphénoïdale. (*Policlin. Bruxelles*, 15 août.) — HYTIER. De la tuberculose du rebord orbitaire inférieur. (*Thèse de Paris.*) — VALUDE. Hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile. (*Bull. méd.*, 17 fév.) — GAYET. Sur le diagnostic des kystes de l'orbite. (*Lyon méd.*, 1er août.) — TEILLAIS. Sarcomes de l'orbite. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 376 et *Gaz. méd. Nantes*, 5 juin.) — BÉGOUIN. Sarcome périostique de l'orbite et du front. (*J. méd. Bordeaux*, 27 juin.)

Oreille. — GŒPPERT. L'oreille moyenne des nourrissons à l'état normal et pathologique. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 1.) — PAILHAS. Du pavillon de l'oreille. (*Arch. di psichiat.*, XVIII, 1.) — LARIONOFF. Sur les centres corticaux de l'ouïe chez les chiens. (*Rev. de psych.*, en russe, juin.) — CIECHANOWICZ. Influence de la section du sympathique cervical sur les changements de l'oreille externe (chez le lapin et le chien.) (*Thèse de St-Pétersb.*) — KŒNIG. Étude expérimentale sur les canaux semi-circulaires. (*Thèse de Paris.*) — HEINRICH. Fonction de la membrane du tympan. (*Cent. f. Phys.*, X, p. 210.) — BOGDANOFF-BEREZOWSKI. Les fonctions de l'appareil auditif dans la vieillesse. (*Thèse de St-Pétersb.*) — LUZZATI. Sur la perception de la direction des sons. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, fév.) — BATTELLI. Sur la limite inférieure des sons perceptibles. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 202.) — BROCA. Influence de l'intensité sur la hauteur du son. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — BONNIER. Pourquoi la tonalité d'un son perçu par l'oreille varie-t-elle avec son intensité. (*Ibid.*, 10 juill.) — AUGIÉRAS. Perception mono- et bi-auriculaire de la direction des sons. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — B. RAWITZ. Fréquence de la surdité chez les chiens et les chats à albinisme incomplet. (*Archiv für Physiologie*, p. 402.) — SPETH. Des malformations de l'oreille. (*Thèse de Wurzbourg.*) — BONNIER. Examen de l'oreille chez les enfants, diagnostic de la surdité. (*La Pratique de la méd. infant.*, fév.) — ZWAARDEMAKER. Les signaux acoustiques de chemins de fer et l'acuité auditive. (*Arch. of Otol.*, XXV, p. 385.) — HARRIS. Résultats de plus de 1,600 examens avec la série de diapasons de Hartmann. (*Ibid.*, XXVI, p. 1.) — BLAKE. Rapports de l'otologie avec la médecine générale. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — CLAOUÉ. Affections de l'oreille et aptitude militaire. (*Ann. mal. de l'or.*, juill.) — ALT, HELLER, MAYER. Pathogénie des affections auriculaires par pression atmosphérique. (*Mon. f. Ohr.*, juin.) — NIQUE. Étude des anosmies et des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille. (*Thèse de Lyon.*) — GELLÉ fils Des affections auri-

Digitized by Google

culaires dans la goutte. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — Buck. La goutte dans ses relations avec les maladies de l'oreille. (*Med. Record*, 22 mai.) — Lewis. Statistique comparée de la cécité et de la surdité. (*N.-York med. j.*, 17 juill.) — Breton. Nouveau cas d'audition colorée. (*J. des Praticiens*, 1er mai.) — Goldstein. Méthodes d'éducation des sourds. (*Laryngoscope*, juin.) — Field. Quelques cas typiques de maladies d'oreilles. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — Morf. Les affections de l'oreille dans le mal de Bright. (*Zeit. f. Ohr.*, juin.) — Lewerer. Influenza et maladies d'oreilles. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Marsh. Otite moyenne aiguë suppurée dans l'enfance. (*Brit. med. j.*, 24 juill.) — Lederman. Furonculose du conduit externe, suivie d'otite moyenne suppurée et de mastoïdite. (*Laryngoscope*, avril.) — Hessler. De l'ostéite raréfiante de l'apophyse mastoïde après otite externe par infection. (*Deut. med. Woch.*, 15 juill.) — Miller. Sténose du conduit auditif externe après les opérations pour otite moyenne. (*Lancet*, 15 mai.) — Cheatle. L'intervention chirurgicale dans l'otite moyenne chronique non suppurée. (*Practitioner*, mai.) — Dalby. Quand doit-on pratiquer la perforation du tympan dans l'otite moyenne aiguë? (*Brit. med. j.*, 24 juill.) — Dench. Traitement des otites moyennes suppurées et non suppurées. (*Med. News*, 3 juill.) — Lucae. Traitement des otites moyennes suppurées. (*Ther. Mon.*, août.) — Monscourt. L'otite moyenne tuberculeuse chronique. (*Gaz. des hôp.*, 22 mai.) — Mc Auliffe. Le drainage à la gaze dans les inflammations auriculaires. (*Med. Record*, 19 juin.) — Sheppard. Analyse de 114 cas de mastoïdite dans la suppuration aiguë de l'oreille moyenne. (*Med. News*, 24 avril.) — Mc Auliffe. Quelques cas de mastoïdite. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.) — Bacon. Quels sont les symptômes les plus importants pour décider l'opération de la mastoïde? (*Med. News*, 19 juin.) — Cheval. A propos du traitement des mastoïdites. (*J. méd. Bruxelles*, 10 juin.) — Rœder. Des opérations sur la mastoïde pour otite suppurée moyenne. (*Thèse de Bonn.*) — Grossard. Traitement des complications mastoïdiennes de l'otite moyenne suppurée aiguë ou chronique par les lavages de la caisse par la trompe d'Eustache. (*Soc. franç. d'otol.*, mai.) — Roberts. Mastoïdite suppurée. (*N.-Yord med. j.*, 22 mai.) — Kenyan. Mastoïdite primitive aiguë bilatérale survenant, sans cause appréciable, chez un malade atteint de sclérose légère de l'oreille moyenne. (*Laryngoscope*, mai.) — Collinet. Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher. (*Thèse de Paris.*) — Moure. Sur 3 cas de complications intracrâniennes d'origine otique. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — Bonain. Sur l'ostéopériostite mastoïdienne, suite d'otite moyenne. (*Ibid.*) — de Quervain. Des abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne. (*Semaine méd.*, 21 avril.) — Lavrand. Abcès fistuleux rétro-auriculaire gauche, trépanation de la mastoïde, curetage de l'oreille moyenne, guérison. (*J. sc. méd. Lille*, 19 juin.) — Moure. De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes. (*Rev. hebd. de lar.*, 1er mai.) — Bronner. Abcès du lobe temporo-sphénoïdal, ouvert et drainé par le conduit auditif osseux. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — Barling. 3 cas d'otite moyenne avec abcès cérébral. (*Ibid.*, 12 juin.) — Gradenigo. 2 cas d'abcès cérébral otitique. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — G. Gellé. Accidents cérébraux, pseudo-méningite, au cours d'une otorrée chronique, trépanation de la mastoïde, guérison. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 171.) — Milligan. Un cas d'abcès temporo-sphénoïdal avec otite moyenne suppurée. (*Zeit. f. Ohr.*, mai.) — Vouzelle. Abcès cérébral, suite d'otite grippale. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — Rimini. Abcès du cervelet d'origine otique. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XV, p. 73.) — Viollet Abcès du cervelet consécutif à une suppuration auriculaire. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Wiesinger. Troubles cérébelleux consécutifs à une otite gauche. Guérison après ponction d'un épan-

Digitized by Google

chement sanguin de l'hémisphère cérébelleux gauche. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 fév.) — Flanders. Abcès mastoïdien s'étendant le long du sinus latéral. (*Med. Record*, 17 avril.) — Weissgerber. Thrombose du sinus par otite suppurée, guérison. (*Deut. med. Woch.*, 3 juin.) — Roepke. Pyohémie après suppuration aiguë de l'oreille, opération, guérison. (*Arch. of otol.*, XXV, p. 371.) — Luc. De la pyémie d'origine auriculaire sans thrombo-sinusite. (*Méd. mod.*, 10 juill.) — Braquehaye. Cholestéatome de l'apophyse mastoïde gauche, trépanation de l'antre et de l'oreille moyenne, guérison. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 119.) — Sattler. Cholestéatome secondaire de l'antre et de la région mastoïdienne. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 26.) — Redmer. De la guérison spontanée du cholestéatome et des affections de ce genre dans l'os temporal. (*Ibid.*, XXV, p. 375.) — Mullen. Traitement et pronostic de la surdité catarrhale chez les jeunes enfants. (*Laryngoscope*, mai.) — Rumbold. Remarques sur les insufflations dans la caisse. (*Ibid.*, mai.) — Harris. Analyse de 351 cas de lésion de l'oreille interne au point de vue du pronostic et du traitement. (*Ibid.*, mai.) — Royet. 2 obs. de surdité fonctionnelle avec quelques considérations sur ce symptôme. (*Province méd.*, 8 mai.) — Gilles de la Tourette. Le vertige de Ménière et son traitement. (*Semaine méd.*, 18 août.) — Blake. Les maladies intra-tympaniques comme facteur du vertige auriculaire. (*Boston med. Journ.*, 1er juill.) — Miot. Résultats de la perforation permanente artificielle du tympan. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — Butler. Excision du tympan et du marteau pour les lésions de l'attique. (*Laryngoscope*, avril.) — Miot. Opération faite avec succès dans un cas d'otite moyenne sèche. (*Rev. hebd. de lar.*, 7 août.) — Bacon. Extrême surdité bien améliorée par la pilocarpine. (*N.-York med. j.*, 24 juill.) — Broekaert. La syphilis héréditaire de l'oreille. (*Belgique méd.*, 15 juill.) — Dreyfus. L'hérédo-syphilis de l'oreille, état actuel de nos connaissances. (*Thèse de Paris.*) — Veaux. Des accidents consécutifs au percement du lobule de l'oreille. (*Thèse de Bordeaux.*) — Spina. Ostéite mastoïdienne affectant la forme d'une névralgie du trijumeau. (*Wiener klin. Rundschau*, 2 mai.) — Badt. Des blessures de l'apophyse mastoïde. (*Thèse de Munich.*) — Vali. L'occlusion du conduit auditif externe et son traitement. (*Rev. int. de rhin.*, VII, p. 133.) — Hartmann. Hyperostose du conduit auditif externe. (*Arch. of otology*, XXVI, p. 43.) — Field. Hyperostoses de l'oreille. (*Lancet*, 3 juill.) — Dupretz. Des kystes du pavillon de l'oreille. (*Thèse de Lille.*) — Gruber. Les tumeurs kystiques de l'oreille. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 20 avril.) — Guillon. Épithélioma douloureux du pavillon de l'oreille. (*Gaz. méd. Nantes*, 1er mai.)

Oreillon. — Révilliod. Paralysie ourlienne. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 752.) — Cuche. Localisation de l'infection ourlienne sur le pancréas. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 5 mars.)

Os. — Perrin. Recherches relatives à l'homologie des os de l'épaule chez les batraciens et les sauriens. (*Acad. des Sc.*, 5 juill.) — Kapsammer. De l'ossification périostale. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 315.) — Ghillini. Influence des lésions nerveuses sur le développement des os. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — Roietzky. De la fonction hématopoïétique de la moelle osseuse. (*Arch. sc. biol. St-Pétersb.*, V, p. 221.) — Kirmisson. De l'absence congénitale du péroné avec flexion angulaire du tibia. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 366.) — Fairchild. Effets tardifs des traumatismes osseux. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 juill.) — Townsend. Ostéite de la tête du fémur. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 162.) — Kuester. De l'ostéite fibreuse. (*26e Cong. de chir.*, *Berlin*, avril.) — Le Dentu. Névralgies des os et ostéites névralgiques. (*Presse méd.*, 19 juin.) — Duplay. Ostéite névralgique, abcès des os.

Digitized by Google

(*Gaz. des hôp.*, 6 juill.) — Pic. Un cas de maladie osseuse de Paget avec déformations considérables. (*Rev. d'orthop.*, mai.) — Duplay. Sur une forme d'ostéomyélite chronique d'emblée. (*Gaz. heb. Paris*, 18 juill.) — Guido Turazza. Ostéomyélite infectieuse du tibia ; amputation ; hémorragies répétées de la fémorale. Guérison. (*Riforma med.*, 25 fév.) — Jeanselme. De l'ostéomyélite consécutive aux suppurations des voies respiratoires. (*Soc. méd. hôp.*, 7 mai.) — Richard. De l'ostéomyélite de l'omoplate. (*Thèse de Paris.*) — Barette. Ostéomyélite staphylococcique centrale du tibia à marche lente. (*Année méd. Caen*, 15 juillet.) — Janssen. Des abcès centraux des os. (*Thèse de Bonn.*) — Lacroix. Formes bénignes de l'ostéomyélite chronique d'emblée. (*Thèse de Lyon.*) — Schwartz. Du diagnostic de l'ostéomyélite et de l'ostéosarcome et d'une forme spéciale de la panpériostite du fémur. (*J. des Praticiens*, 29 mai.) — Kirmisson. Sur l'ostéomyélite des phalanges et son diagnostic avec les panaris sous-épidermiques ou tournioles. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 205.) — Chambon. Tuberculose primitive de la rotule. (*Thèse de Paris.*) — Sherman et Walker. Des injections de glycérine iodoformée dans l'ostéomyélite tuberculeuse. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 47.) — Waterman. Emploi de l'acide chlorydrique dans la nécrose osseuse d'origine tuberculeuse. (*Ibid.*, IX, p. 63.) — Bousquet. Etude sur quelques cas d'ostéosarcome des membres. (*Centre méd.*, 1er juin.) — Ciriaci. De la nécrose phosphorée. (*Th. de Munich.*) — Roussel. Étude historique et thérapeutique du spina ventosa. (*Thèse de Paris.*) — Seegelken. Sur le myélome multiple et l'examen de la nutrition dans ce cas. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 276.) — Frenzel. Du sarcome du tibia. (*Thèse Greifswald.*) — Reinhardt. Sarcome des os longs. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Labey. Ostéosarcome du fémur avec généralisation. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — Gillette. Obs. d'ostéosarcomes de la hanche. (*Trans. Amer. orthop. Ass.* IX, p. 94.) — Tegeler. Un cas de sarcome du sacrum. (*Thèse de Greifswald.*) — Grimard. Des sarcomes de l'os iliaque. *Thèse de Bordeaux.*) — Sicard. De l'ostéotomie oblique sous trochantérienne. (*Thèse de Paris.*) — Samfirescu. Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibio-tarsienne. (*Rev. de chir.*, août.) — Kœnig. Cas d'ostéoplastie pour genu valgum tuberculeux et pour hernie crurale. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1er fév.) — Shands. Ostéotomie fémorale de Gant pour les difformités de la hanche. (*Trans. Amer. orthop. Ass.* IX, p. 84.) — Bartenstein. De l'ostéomalacie. (*Thèse de Fribourg.*) — Lahouda. De l'ostéomalacie chez la femme et de son traitement. (*Thèse de Bordeaux.*) — Senator. Un cas d'ostéomalacie traité par l'organothérapie. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 et 15 fév.) — Flatau. Un cas d'ostéomalacie, guéri par la castration. (*Münch. med. Woch.*, p. 175, 16 fév.) — Fraenkel. Un cas d'ostéomalacie puerpérale très avancée guéri par la castration. (*All. med. cent. Zeit.*, 10 juill.)

Ovaire. — Delaunay. La sécrétion interne de l'ovaire et son application à la thérapeutique. (*Poitou méd.*, 1er juill.) — Auché et Chavannaz. Action des injections intrapéritonéales du contenu des kystes ovariques. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Popow. Sur les lésions des ovaires chez les enfants dans les maladies infectieuses aiguës. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Mencière. Hernie de l'ovaire, particulièrement chez la petite fille. (*Rev. mens. mal. enf.*, juin.) — Pichevin. Extirpation des ovaro-salpingites par la voie vaginale. (*J. de méd. Paris*, 23 mai.) — Kippenberg. La question de la castration. (*Cent. f. Gyn.*, 7 août.) — Schottlaender. De la tuberculose et des tumeurs de l'ovaire. (*Mon. f. Geburts.*, V, 4.) — Williams. Les tumeurs de l'ovaire avec grossesse. (*Lancet*, 17 juill.) — Seveno. Des accidents causés par la torsion du pédicule de l'ovaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tixier. Kyste de

Digitized by Google

l'ovaire avec torsion du pédicule. (*Lyon méd.*, 11 juill.) — Swain. Cystome de l'ovaire avec prolapsus utérin, ovariotomie et hystéropexie. (*Brit. med. j.*, 14 août.) — Heinricius et Lindholm. Sur l'infection des kystes de l'ovaire. (*Finska läkar. handlingar*, avril.) — Heinricius. De l'infection des kystes de l'ovaire. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Schwartz. 3 obs. de suppuration de kystes de l'ovaire. (*Ibid.*) — Féraud. Des kystes suppurés de l'ovaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Lennère et Druon. Kyste suppuré de l'ovaire, étude bactériologique. (*J. sc. méd. Lille*, 5 juin.) — Bonayne. Un cas de kyste suppuré de l'ovaire; opération, guérison. (*Boston med. Journ.*, 20 mai.) — Moulonguet. Rupture spontanée de 2 kystes de l'ovaire dans le péritoine. (*Écho méd. Nord*, 20 juin.) — Ludwig. La graisse des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XXIII, 1.) — Tschirner. Des kystes dermoïdes bilatéraux de l'ovaire. (*Thèse de Greifswald*) — Dezanneau. Kyste dermoïde de l'ovaire, salpingite suppurée. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 230.) — Fieux. Kyste dermoïde de l'ovaire cause de dystocie. (*Arch. clin. Bordeaux*, mai.) — Briggs. Fibromes de l'ovaire et des ligaments ovariens. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — Purslow. Fibrome de l'ovaire (*Lancet*, 22 mai.) — Bégouin et Fieux. Kyste de l'ovaire et grossesse. (*J. méd. Bordeaux*, 6 juin.) — Fraikin. Volumineux fibrome de l'ovaire; myomectomie. (*Ibid.*, 13 juin.) — Chavannaz. Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. (*Ibid.*, 27 juin.) — Pilliet et Souligoux. Sarcome à myéloplaxes de l'ovaire. (*Soc. anat. Paris*, 16 avril.) — Meek. Adéno-carcinome primitif des deux ovaires. (*Amer. j. of Obst.*, août.) — Thumim. De la dégénérescence carcinomateuse des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Arch. f. Gyn.*, LIII, p. 547.) — Geyer. L'ablation des tumeurs malignes de l'ovaire, résultats. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Grigoriew. Sur la transplantation des ovaires. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Bousquet, Etude sur 40 cas d'ovariotomie pour tumeur du kyste de l'ovaire. (*Cent. méd.*, 1er juill.) — Ill. Grossesse après ovariotomie double. (*Americ. j. of Obst.*, avril.) — Mouchet. Ovariotomie double chez une femme enceinte de 3 mois; continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant. (*Bull. Acad. de méd.*, 19 janv.) — Friedrich. Parotidite après l'ovariotomie. (*Thèse de Tubingue.*) — Stokes. Hernie étranglée, suite d'une ovariotomie pratiquée 27 ans auparavant. (*Amer. j. of Obst.*, juin.) — Mereditz. Des morts après l'ovariotomie. (*Lancet*, 5 juin.)

P

Palais. — Newcomb. Perforation des piliers. (*Laryngoscope*, avril.) — Mendel. Allongement hypertrophique de la luette. Excision de cet organe. (*J. des Praticiens*, 10 avril.) — Ehrmann. Sur les fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorraphie. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er juill.) — Wildt. Restauration de la voûte palatine dans la résection du maxillaire supérieur par l'abaissement de la cloison nasale. (*Cent. f. Chir.*, 8 mai.) — Delorme. Restauration d'une perte de substance palatine par un lambeau labio-jugal. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 251.) — Thomas. Des fractures de la voûte palatine. (*Thèse de Paris.*) — Good. Papillomes du voile du palais. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — Freudweiler. Papillomes multiples de la

Digitized by Google

voûte et du voile. (*Wien. klin. Woch.*, 19 août.) — Escat. Adénome du voile du palais. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 320.) — Courtade. Fibromyxome de la face supérieure du voile du palais. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Berger. Tumeurs mixtes du voile du palais. (*Rev. de chir.*, mai.) — Pitane. Sur les tumeurs mixtes du voile du palais. (*Thèse de Paris.*)

Paludisme. — Marchoux. Le paludisme au Sénégal. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — French. Classification des fièvres paludiques dans le district de Colombie. (*N. York med. j.*, 24 avril.) — A. Laveran. Comment prend-on le paludisme? (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, XVIII, n° 12) — Celli et Santori. La malaria des bestiaux dans la campagne romaine. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 561.) — Strzelbicki. Sur la fièvre intermittente dans le district de Toula. (*Vratch*, 27 mars.) — Simond. L'histoire naturelle du microbe du paludisme d'après les études comparatives faites chez les coccidies. (*Arch. de méd. nav.*, juill.) — Ziemann. Morphologie des parasites de la malaria. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 641 et 805.) — Macleod. Méthode simple d'examen du sang paludique. (*Lancet*, 10 juill.) — Manson. Méthode de coloration des organismes paludéens. (*Brit. med. j.*, 10 juill.) — Winslow. Un cas de malaria congénitale. (*Boston med. Journ.*, 27 mai.) — Topi. L'hérédité de la malaria. (*Gaz. d. Osped.*, 2 mai.) — Edwards. Le diagnostic de la malaria. (*J. Americ. med. Ass.*, 17 juill.) — Georgieff. La cachexie palustre chronique, spléno-hépatomégalie. (*Thèse de Lyon.*) — Kardamalis et Kanellis. Quelques réflexions sur la fièvre frénétique ou maniaque pernicieuse d'origine paludéenne. (*Progrès méd.*, 10 avril.) — Torrance. Hyperpyrexie (109° Fahr.) dans la malaria, guérison. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — Meek. Hématurie paludique. (*Ther. Gaz.*, 15 mai.) — Grocco. De l'hémoglobinurie quinique chez les malariques. (*Settimana med.*, 2 janv.) — Livingston. 2 cas de fièvre malariale avec hémorragies multiples. (*N. York med. j.*, 17 juill.) — Guarnieri. Altération de la rétine dans l'infection malarienne aiguë. (*Arch. per le sc. med.*, XXI, 1.) — James. 2 cas de névrite paludique avec tremblements. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — Lartigue. De la quinine préventive dans la prophylaxie du paludisme. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ziegelroth. Hydrothérapie dans la malaria. (*Therap. Mon.*, août.)

Pancréas. — François-Franck et Hallion. Circulation et innervation vasomotrice du pancréas. (*Arch. de phys.*, IX, p. 661.) — Mayr. Développement du pancréas chez les télaciens. (*Thèse de Giessen.*) — Mc Phedran. Pancréatite suivie de kyste du pancréas. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — Simon et Stanley. Pancréatite aiguë. (*Lancet*, 15 mai.) — Quensel. Hémorragies du pancréas avec nécroses graisseuses multiples. (*Nord med. Arkiv*, VIII, 12.) — Schlueter. Du cancer du pancréas. (*Thèse de Munich.*) — Martynow. Chirurgie du pancréas. (*Thèse de Moscou.*)

Pansement. — Zweifel. De la suture des plaies. (*Cent. f. Gyn.*, 15 mai.) — Zœge von Manteuffel. Le gant de caoutchouc dans la pratique chirurgicale. (*Cent. f. Chir.*, 22 mai.) — R. Schaeffer. De la stérilisation du catgut. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 janv.) — Maylard. Production de l'asepsie dans les plaies septiques par les applications d'acide phénique pur. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — Nied. Le xéroforme dans le pansement des plaies. (*Therap. Woch.*, 27 juin.) — Bruns. Du pansement occlusif avec la pâte d'airol. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 507.) — Sternberg. Traitement par le sanoforme. (*Therap. Mon.*, juill.) — Thomalla. L'éka-iodoforme dans le pansement des plaies. (*Ibid.*) — Tilger. Des sels d'argent, itrol et actol (de Credé), et leur emploi dans la clientèle médicale. (*Münch. med. Woch.*,

Digitized by Google

p. 139, 9 fév.) — Huber. Sur les pastilles de sublimé. (*Ibid.*, p. 61, 19 janv.) — Desfosses. Emploi de l'autoclave et du borate de soude pour la stérilisation des instruments de chirurgie. (*Presse méd.*, 23 juin.) — Boyd. Sur un moyen de préserver les instruments de chirurgie de la rouillle. (*Med. Record*, 8 mai.) — Lassabatie. Coloration des liquides antiseptiques. (*Arch. de méd. nav.*, juin.)

Paralysie. — Halipré. Paralysie douloureuse des jeunes enfants. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Urriola. Paraplégie spasmodique infantile. (*Arch. de neurol.*, juin.) — Finizio. 2 cas de diplégie spasmodique familiale. (*Pediatria*, 5.) — Labadie-Lagrave et Boix. Autopsie de la malade sujet du travail intitulé : Diplégie faciale totale d'origine artérielle. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Kalischer. Des paralysies asthéniques ou myasthénie pseudo-paralytique. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 321.) — Schmidt. Paralysie congénitale multiple des nerfs crâniens avec absence des muscles pectoraux. (*Ibid.*, X, p. 400.) — Oddo et Delanglade. Mode particulier de la locomotion dans un cas de paralysie infantile. (*Rev. d'orthop.*, mai.) — Martinet. La paralysie ascendante aiguë, syndrome de Landry. (*Thèse de Paris.*) — Krever. Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie ascendante aiguë de Landry. (*Rev. de psych. russe*, nov. 1896.) — Widal et Marinesco. Paralysie bulbaire asthénique descendante avec autopsie (syndrome d'Erb). (*Soc. méd. des hôp.*, 9 avril.) — Hirtz et Lesné. Paralysie ascendante aiguë. (*Presse méd.*, 12 juin.) — Féré. Contribution à la pathologie des rapports sexuels, paralysies post-paroxystiques. (*Rev. de méd.*, août.) — Davidson. Un cas d'hémiplégie intermittente. (*Lancet*, 26 juin.) — Cibert. Des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial. (*Thèse de Lyon.*) — Gœbel. Un cas de paralysie du sus-scapulaire. (*Deut. med. Woch.*, 6 mai.) — Placzek. Paralysie du grand dentelé, exclusivement limitée à ce muscle. (*Ibid.*, 22 oct. 1896.) — Willard. Laminectomie dans la paraplégie par carie spinale. (*J. of nerv. dis.*, avril.) — Cuylits. Pathogénie de la paralysie agitante. (*Presse méd. belge*, 18 avril.)

Paralysie générale. — Hahn. Statistiques sur la paralysie générale. (*Thèse de Leipsig.*) — Béchet. Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux. (*Thèse de Paris.*) — Richault. De la paralysie générale aiguë. (*Thèse de Bordeaux.*) — De Holstein. La paralysie générale d'origine diabétique. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — Francotte. De la symptomatologie et du diagnostic de la paralysie générale. (*Gaz. méd. Liège*, 22 juill.) — Robert. Des rapports de l'hystérie et de la paralysie générale. (*Thèse de Bordeaux.*) — Joffroy. Difficultés du diagnostic de la paralysie générale au début ; importance des signes oculaires. (*J. de méd. et chir. prat.*, 10 mai.) — Marcus. Un cas de paralysie générale avec symptômes tabétiques. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 36.) — Konosewitch. Lésions des ganglions du cœur dans la paralysie générale. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Vincent. Manie avec amaurose et paralysie, gliome probable. (*J. of mental sc.*, juill.) — Siemerling et Bœdeker. Paralysie chronique des muscles oculaires et paralysie progressive. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p., 480.) — Arnaud. Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux. (*Arch. de neurol.*, juin.) — Nathanson. Etude critique de la trépanation dans la paralysie générale. (*Thèse de Paris.*)

Parole. — Marichelle. Phonétique expérimentale, la parole, d'après le tracé du phonographe. (In-18, 139 p., *Paris.*) — Daniel. Quelques petits défauts de prononciation. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er juin.) — Boyer. Du mutisme chez l'enfant qui entend. (*Arch. de neurol.*, juill.) — Bramwell. Leçons s.

Digitized by Google

l'aphasie. (*Edinb. med. j.*, juill.) — Crocq fils. Des diverses variétés d'aphasie. (*J. de neurol.*, 20 avril.) — Sainton. Un cas de mouvement du membre inférieur droit associé à l'exercice de la parole chez un aphasique. (*Rev. neurol.*, 15 juill.) — Bernheim. De l'aphasie motrice avec conservation de la parole chantée ou priée, familière au malade. (*Bull. méd.*, 23 juin.)

Parotide. — Taylor. Parotidite symptomatique dans un cas de pneumonie typhique. (*Ann. of gyn.*, juill.) — Jakowenko. De la nature des tumeurs mixtes de la parotide. (*Thèse de Wurzbourg.*) — De Marco. Adénome parotidien. (*Gaz. d. Osped.*, 2 mai.) — Page. Enorme tumeur parotidienne enlevée chez un vieillard. (*Lancet*, 3 juill.) — Lautier. Sur l'extirpation de la parotide dans les tumeurs de la loge parotidienne. (*Thèse de Montpellier.*)

Pathologie. — Bailhache. Etude des diathèses. (*Thèse de Paris.*) — Thyébault. Relation des principaux faits d'une pratique de 19 ans à la campagne. (*Thèse de Paris.*)

Paupière. — Baudry. Maladies des paupières. (*Nord méd.*, 15 juin.) — Valude. Les blépharites et leur traitement. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 avril.) — Terson. Complications cornéennes des blépharites. (*Ann. d'ocul.*, p. 377, mai.) — Priouzeau. Etiologie du chalazion. (*Thèse de Paris.*) — Trousseau. Traitement médical du chalazion. (*J. des Praticiens*, 13 mars.) — Terson. Traitement chirurgical du chalazion. (*Ibid.*, 22 mai.) — Pergens. Favus des paupières. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juill.) — Armaignac. Tuberculose primitive de la paupière et de la caroncule lacrymale. (*Ann. d'ocul.*, p. 354, mai.) — Thompson. Ectropion, exposition complète de la cornée pendant 10 ans sans destruction de l'œil. (*Brit. med. j.*, 17 juill.) — Motais. Opération du ptosis par la greffe tarsienne d'une languette du tendon du muscle droit supérieur. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 254, et *Ann. d'ocul.*, juill.) — Parinaud. Nouveau procédé opératoire du ptosis. (*Ibid.*)

Peau. — Rosenstadt. De l'epitrichium des poulets. (*Arch. f. mik. Anat.*, XLIV, p. 561.) — Merz. Mesure de la température de la peau. (*Cent. f. Physiol.*, X, p. 559.) — Parrish. Localisation des impressions cutanées. (*Amer. j. of psychol.*, VIII, 2.) — Treitel. Des vibrations de la peau. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 633.) — Hare. La peau, facteur diagnostic dans les maladies. (*Med. Record*, 19 juin.) — Winfield. Influence du système nerveux sur les maladies de la peau. (*Med. News*, 7 août.) — Bulkley. Les relations des maladies de la peau avec la santé générale. (*J. Americ. med. Ass.*, 5 juin.) — Fordyce. Atrophie symétrique de la peau. (*J. of cut. dis.*, août.) — Mantegazza. Sur la présence des corpuscules de Russel dans quelques dermatoses. (*Settim. med.*, 6 mars.) — Koster. Sur la dermatomytis primaire aiguë et suraiguë. (*Nord. med. Arkiv*, VI, 18.) — Joseph. De la porokératose. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 335.) — Maguet. Un cas de dermatite herpétiforme récidivante. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Sachs. De la maladie de Duhring. (*Thèse de Halle.*) — Haltenhoff. Dermatite bulleuse et conjonctivite catarrhale chez un nouveau-né. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 764.) — V. Bueltzingsloewen. De la dermatomyosite. (*Thèse de Berlin.*) — Méneau. Les dermatoses arsenicales. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 345.) — Hallopeau. Sur les acrodermatites continues. (*Ibid.*, VIII, p. 473.) — Couillaud. Un cas de corne cutanée. (*Ibid.*, VIII, p. 479.) — Ehlers. Mal de Meleda. (*Ibid.*, VIII, p. 657.) — Brocq et Veillon. Sur un bouton d'Alep. (*Ibid.*, VIII, p. 553.) — Gaucher. Des hyperchromies

Digitized by Google

symptomatiques, l'acanthosis nigricans. (*Semaine méd.*, 16 juin.) — Hovorka et Ehlers. Mal de Meleda. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 251.) — Faierman. L'hydrargyrie cutanée. (*Thèse de Paris.*)

Pellagre. — Pellizzi. Etiologie de la pellagre. (*Arch. di psichiat.*, XVII, 5 et 6.) — Antonini. Notes statistiques sur la folie pellagrosique dans la province de Bergame. (*Ibid.*, XVIII, 1.)

Pemphigus. — Pernet. Sur l'étiologie du pemphigus aigu. (*Bull. méd.*, 16 mai.) — Richardière. Note sur deux cas de pemphigus aigu. (*Ibid.*, 28 fév.) — Bridges. Pemphigus. (*N. York med. j.*, 26 juin.) — Miller. Pemphigus chronique vulgaire de la bouche et de l'épiglotte. (*Ibid.*, 3 juill.) — Fohr. Du pemphigus chronique malin. (*Thèse de Fribourg-en-Brisgau.*) — Biddle. Pemphigus foliacé ou dermatite herpétiforme. (*J. of cut. dis.*, mai.) — Luithlen. Pemphigus vulgaire et végétant, sur la formation des vésicules et des fibres élastiques. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 37.) — Boutyrkine. Lésions des ganglions du cœur et de quelques parties du système nerveux central et sympathique dans le pemphigus foliacé. (*Thèse de St-Pétersb.*)

Périnée. — Price. Mécanisme et traitement des déchirures du périnée. (*Med. News*, 5 juin.) — Goldspohn. Périnéorraphie intra-pelvienne infra-vaginale sans perte de tissus. (*Medicine*, juill.)

Péritoine. — Byron Robinson. Les nerfs du péritoine. (*Med. Record*, 17 avril.) — Picrallini. Sur la phagolyse dans la cavité péritonéale. (*Ann. Ins. Pasteur*, XI, p. 308.) — Guinard et Tixier. Troubles fonctionnels réflexes d'origine péritonéale observés pendant l'éviscération d'animaux profondément anesthésiés. (*Acad. des sc.*, 2 août.) — Richet. Innocuité des injections d'eau très chaude dans le péritoine. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Senn. Classification des péritonites aiguës. (*Med. News*, 8 mai, et *Amer. j. of med. sc.*, août.) — Fowler. De la péritonite septique. (*Med. News*, 15 mai.) — Coumet. Bactériologie des péritonites aiguës d'origine intestinale. (*Thèse de Toulouse.*) — Abbé. Pronostic et traitement de la péritonite aiguë généralisée. (*Med. News*, 29 mai.) — Duret. Sur la péritonite suppurée idiopathique des adolescents. (*J. de méd. Lille*, 31 juill.) — Banzet et Lardennois. Péritonite suraiguë à début brusque, laparotomie, découverte et suture d'un ulcère perforant du duodénum. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Malapert. Péritonite purulente généralisée, laparotomie, guérison. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 220.) — Mc Cosh. Traitement de la péritonite infectieuse généralisée. (*Ann. of surg.*, juin.) — Poncet. Traitement chirurgical des péritonites infectieuses généralisées post-opératoires. (*Lyon méd.*, 27 juin.) — Bérard. Traitement chirurgical de la péritonite infectieuse généralisée post-opératoire. (*Bull. méd.*, 23 juin.) — Koerte. Traitement chirurgical de la péritonite diffuse, 99 cas. (26e *Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Reboul. De la péritonite chronique tuberculeuse. (*Thèse de Toulouse.*) — Schroeder. De la tuberculose péritonéale. (*Thèse de Bonn.*) — Warth. De la péritonite tuberculeuse. (*Thèse de Bonn.*) — Knarpmann. Etude de 10 cas de péritonite tuberculeuse. (*Thèse de Bonn.*) — Gabbi. Un cas de péritonite tuberculeuse traité et guéri par le lavage du péritoine (à l'abri de l'air) suivant la méthode de Riva. (*Riforma med.*, 13 mars.) — Hense. De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. (*Thèse de Munich.*) — Guidotti. Le sérum de Maragliano dans la péritonite tuberculeuse. (*Riforma med.*, 22 avril.) — Rosenthal. Péritonite cancéreuse primitive, pleurésie et ascite hémorragiques. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Vitalien. Péritonite cancéreuse

Digitized by Google

primitive (*Thèse de Paris.*) — VITRAC et LAUBIE. Carcinose généralisée du péritoine avec anurie. (*J. méd. Bordeaux*, 30 mai.) — JOSEFSON. Végétations déciduo-cellulaires dans le péritoine. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 28.) — HARRIS et HERZOG. Les tumeurs solides du mésentère. (*Ann. of surg.*, juill.) — CALABRESE. Sarcome rétro-péritonéal diffus. (*Riforma med.*, 27 avril.) — MÉRAND. Des sarcomes rétro-péritonéaux. (*Thèse de Paris.*)

Peste. — DRASCHE. La nouvelle zone géographique de la peste. (*Wiener med. Woch.*, 13 mars.) — ZABOLOTNY. De la peste aux Indes. (*Arch. russes de pathol.*, avril.) — BOUCHER. La peste à Rouen aux XVIe et XVIIe siècles. (In-8°, 59 p., *Rouen.*) — OGATA. De l'épidémie de peste à Formose. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 769.) — PAGEL. Géographie historique de la peste. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 fév.) — COLIN. Sur la peste bubonique. (*Bull. Acad. de méd.*, 2 fév.) — DURANTE. La peste bubonique. (*J. des Praticiens*, 14 mai.) — RAUZIER. La peste. (*N. Montpellier méd.*, 8 mai.) — BELVAL. La peste. (*Mouvem. hyg.*, fév.) — COUROUBACALIS. Sur la peste bubonique, historique, étiologie. (*Thèse de Paris.*) — PALAMIDESSI. La peste bubonique. (*Settim. med.*, 20 fév.) — LUSTIG. Les études récentes sur la peste bubonique. (*Ibid.*, 6 fév.) — LUGARO. Altérations des cellules nerveuses dans la peste bubonique expérimentale. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 241.) — NETTER. Le bacille de la peste. (*Indépend. méd.*, 21 avril.) — ABEL. Etude du bacille de la peste. (*Cent. f. Bakt.*, 1 *Abth.*, XXI, p. 497.) — KLEIN. Morphologie et biologie du bacille de la peste bubonique. (*Ibid.*, XXI, p. 897.) — GIAXA et GOSIO. Sur le bacille de la peste. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 avril.) — GABRITCHEWSKI. Biologie du bacille pesteux. (*Arch. russes de pathol.*, avril.) — ZABOLOTNY. Expériences sur l'infection et l'immunisation des singes contre la peste. (*Ibid.*, juin.) — ZABOLOTNY. Sur les propriétés agglutinantes du sérum dans la peste bubonique. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — LUSTIG et GALEOTTI. De la vaccination des animaux contre la peste bubonique et du sérum qu'on en retire. (*Settim. med.*, 10 avril, et *Giorn. Accad. med. Torino*, mars.) — HAFFKINE. Le sérum antipesteux. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — REMEZOFF. Le traitement de la peste par le procédé de Yersin. (*Vratch. Zapiski*, 8-9.) — HANSEMANN. Lésions des ganglions lymphatiques dans la peste. (*Berl. klin. Woch.*, 25 janv.) — NEPVEU. Coagulation de la fibrine du sang par le bacille de la peste. (*Soc. de biol.*, 26 juin.) — NEPVEU. Sur les lésions infectieuses de la peste. (*Acad. des sc.*, 8 juin.) — CHILDE. De la pneumonie pestique. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — PORTENGEN. Une théorie chinoise sur l'étiologie et la thérapie de la peste. (*Janus*, mars.) — PROUST. La défense de l'Europe contre la peste. (*Bull. Acad. de méd.*, 26 janv.)

Pharmacologie. — FUBINI. Traité de pharmacothérapie. (*Turin.*) — KOTLAR. Etat actuel de la pharmacologie. (*Vratch*, 3 avril.) — PERROT. Les études pharmaceutiques en Allemagne, en Autriche et en Suisse. (*J. de pharm.*, 1er mai.) — PERROT. Les études pharmaceutiques à l'étranger. (*Ibid.*, 15 mai.) — ANTHEAUME et MOUNEYRAT. Sur quelques localisations de la morphine dans l'organisme. (*Acad. des sc.*, 21 juin.) — GRIEBEL. De la santonine, de la santinotoxine. (*Thèse de Leipsig.*) — CUSHNY. Action des substances tirées de la digitale sur la circulation. (*J. of exper. med.*, II, p. 233.) — PATRY. Sur les effets diurétiques de la teinture de cantharides. (*Bull. méd. Algérie*, 10 avril.) — SHENNAN. Catha edulis. (*Rep. laborat. royal college Edinb.*, VI, p. 259.) — SHENNAN. Recherches sur l'action du viburnum prunifolium. (*Ibid.*, p. 274.) — STOCKMAN. Action de l'huile volatile de l'atherosperma moschata. (*Ibid.*, p. 301.) — PETIT et POLONOWSKI. Etude de la pilocarpine et de la pilocarpidine. (*J. de pharm.*,

Digitized by Google

15 mai.) — WILCOX. Etude sur le strophantus. (*Amer. j. of med. sc.*, mai.) — CORONEDI. Sur l'hymenodictionine. (*Sperimentale*, L, 3.) — JACOBJ. De la sphacélo-toxine, principe actif du seigle ergoté. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXIX, p. 85.) — DE SCHULZ. Goudron de genévrier au point de vue chimique et bactériologique. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, V, p. 345.) — WALSH. 2 cas de dermatite par l'angélique. (*Lancet*, 3 juill.) — OTTOLENGHI et BENSO. Sur l'action physiologique de l'airol. (*Gaz. d. Osped.*, n° 80, 1896.) — PÉRÉ. Constitution biologique du propylglycol. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 600.) — SCHUMACHER. Action de l'éthylènecyanide. (*Thèse de Kiel.*) — STERLING. Sur la dulcine. (*Münch. med. Woch.*, 63, 19 janv.) — CLASSEN. De l'amyloforme et du glutol. (*Ibid.*, p. 307, 23 mars.) — REUTER. De l'iodoformal. (*Deut. med. Woch.*, 5 août.) — FLEURY. Décomposition de l'iodoforme par la lumière. (*J. de pharm.*, 1er août.) — TARDY. Sur l'essence de fenouil amer. (*Ibid.*) — BENEDICENTI. Action chimique et physiologique du formaldéhyde. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 3 et 4, p. 219.) — DELÉARDE. Sur les propriétés antithermique, antitoxique et antiseptique de l'antipyrine. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 786.) — VAMOSSY et FENYVESSY. De la phérine et de la cosaprine. (*Therap. Mon.*, août.) — CORONEDI. Analogie chimique et physiologique entre le tartrate antimonieux potassique et le tartrate vanadeux potassique. (*Sperimentale*, L, 3.) — MANGIN. Sur un nouveau réactif de la cellulose. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — LÉPINOIS. Action de l'iode sur les matières albuminoïdes. (*J. de pharm.*, 15 août.) — HARE. Effets produits par les composés bromurés. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — VARET. Sur le rôle des sels doubles dans les transformations des sels de mercure dans l'organisme. (*Thèse de Paris.*) — RICRI. L'élimination de l'arsenic et du mercure par l'ovaire. (*Gaz. d. Osped.*, 20 juin.) — KERRY et ROSH. Action des perchlorates de soude. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXIX, p. 143.) — CURCI. D'une réaction caractéristique de l'acide salicylique. (*Accad. sc. nat. Catania*, 7 mars.) — MARFORI. Recherches pharmacologiques sur le groupe des acides dioxybenzoïques et des aldéhydes correspondants. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 139.) — VOGEL. Action de quelques acides éthérés. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVII, p. 141.)

Pharynx. — LEXER. La muqueuse de la gorge comme porte d'entrée des infections pyogènes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 736.) — ROBINSON. Diagnostic et traitement de certaines affections des voies aériennes supérieures. (*Med. News*, 19 juin.) — ARMSTRONG. Traitement des affections des voies aériennes supérieures. (*N. York med. j.*, 24 avril.) — JACQUIN. De la toux pharyngée. (*Soc. franç. de lar.*, mai.) — STERN. Un cas d'hémiplégie croisée, paralysie du pharynx. (*N. York med. j.*, 1er mai.) — CLUTTON. Abcès pharyngien, hémorragie, ligature des carotides. (*Royal med. chir. Soc.*, 25 mai.) — MUNGER. Abcès rétro-pharyngien. (*Laryngoscope*, juin.) — PRÉVOST. Mycosis du pharynx. (*Thèse de Paris.*) — SIEGERT. La tuberculose du pharynx chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 123.) — SISSON. Les végétations adénoïdes. (*Laryngoscope*, juin.) — BOTTOME. Adénoïdes du naso-pharynx. (*N. York med. j.*, 22 mai.) — GUÉNEAU. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson. (*Thèse de Paris.*) — M'BRIDE et TURNER. Tumeurs adénoïdes. (*Edinb. med. j.*, mai.) — BRINDEL. Etude clinique sur les végétations adénoïdes à propos de 618 cas opérés dans le service de Moure. (*Rev. hebd. de lar.*, 10 avril.) — GILLETTE. Torticolis dû à des végétations adénoïdes et à l'hypertrophie des amygdales. (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, IX, p. 171.) — LANGE. Habitus adénoïde. (*Berl. klin. Woch.*, 4 janv.) — JAMES. Remarques sur les végétations adénoïdes. (*Med. Record*, 17 avril.) — BERTRAND. Végétations adénoïdes de l'adolescence et de l'âge de l'adulte, essai de division clinique. (*Thèse de*

Digitized by Google

Paris.) — Gleitsmann. Influence des végétations adénoïdes sur le développement et la configuration du maxillaire supérieur et de la cloison nasale. (*Laryngoscope*, juin, et *Ann. mal. de l'or.*, juill.) — Jankelevitch. Hémorragies et épistaxis ayant pour cause les végétations adénoïdes. (*Rev. hebd. de lar.*, 24 avril.) — Kahn. Des accidents désagréables qui accompagnent l'opération des végétations adénoïdes. (*Ibid.*, 3 avril.) — Schmiegelow. Hémorragie mortelle après l'ablation de végétations adénoïdes. (*Mon. f. Ohr.*, mars.) — Etiévant. La question des végétations adénoïdes tuberculeuses. (*Province méd.*, n° 10, mars.) — Kambouroff. Des végétations adénoïdes syphilitiques et tuberculeuses. (*Thèse de Lyon.*) — Discussion sur les indications et les méthodes d'opération de tumeurs adénoïdes. (*Brit. lar. Ass.*, 30 avril.) — Concanon. Des tumeurs adénoïdes, ablation sans anesthésie. (*N. York med. j.*, 12 juin.) — Lange. Emploi du chloroforme dans les opérations de végétations adénoïdes. (*Ther. Mon.*, juin.) — Denarié. De quelques méthodes simples pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens. (*Thèse de Lyon.*) — Jaboulay. Conduit alimentaire artificiel dans les cancers de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. (*Provincé méd.*, 17 avril.) — Letulle. Cancers multiples du tube digestif, pharynx, langue, œsophage. (*Presse méd.*, 15 mai.) — Delagenière. Epithéliome glandulaire du pharynx nasal, extirpation, guérison. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 372.) — Lacour. La pharyngotomie sous-hyoïdienne, technique opératoire. (*Thèse de Paris.*)

Physiologie. — Bergonié. Leçons de mécanique animale. (In-4°, 170 p., *Bordeaux.*) — Laumonier. La physiologie générale. (In-16, 582 p., *Paris*). — Mignon. Le progrès en médecine et en thérapeutique par la physiologie. (*Thèse de Bordeaux.*)

Pied. — Jullien. Sur le pied préhensile. (*Arch. di psichiat*, XVIII, 1.) — Goupille. Des synovites séreuses simples du pied. (*Thèse de Paris.*) — Mermet. Le traitement orthopédique de l'hallux valgus. (*J. des Praticiens*, 27 fév.) — Lucas. De l'hallux valgus et de sa pathogénie. (*Thèse de Paris.*) Weir. Traitement de l'orteil en marteau. (*Ann. of surg.*, avril.) — Delore. Exostose sous-unguéale du deuxième orteil gauche. (*Lyon méd.*, 30 mai.) — Shaffer. Pied plat, causes et traitement. (*N.-York med. j.*, 29 mai.) — — Staffel. Du pied plat. (*Deut. med. Woch.*, 5 août.) — Kirmisson. Double pied plat valgus douloureux, traité par l'opération d'Ogston. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 295.) — Jalaguier. Double pied bot varus équin congénital grave, tarsectomie, guérison. (*Ibid.*, p. 297.) — Schapps. Supports pour le pied plat. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 124.) — Gross. Pied bot équin varus paralytique. (*Bull. méd.*, 9 juin.) — Duplay. Pied bot varus équin congénital. (*Semaine méd.*, 11 août.) — Hubscher. Arthrodèse tibiotarsienne pour pied bot. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Luning. Appareil pour le traitement secondaire du pied bot. (*Ibid.*, 1er fév.) — Redard. De la tarsoclasie instrumentale dans certaines formes de pied bot. (*Pratique de la méd. infant.*, fév.)

Pigment. — Carnot. Le mécanisme de la pigmentation. (*Thèse Fac. des sc. Paris.*) — Rosenstadt. De la formation du pigment cutané. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 350.) — Dastre et Floresco. Sur les pigments biliaires. (*Soc. de biol.*, 31 juill.) — Newbigin. Les pigments des crustacés. (*J. of phys.*, XXI, p. 237.) — Laveran. Sur le pigment noir palustre. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — Charrin. Pigmentation expérimentale. (*Ibid.*, 24 juill.) — Lapicque. Sur l'histoire de la sidérose viscérale et des pigments ferrugineux. (*Ibid.*, 1er mai.) — Regaud. Sur l'historique de l'hémosidérine et sur les

Digitized by Google

cirrhoses pigmentaires. (*Ibid.*, 15 mai.) — Caramanos. Des cachexies pigmentaires diabétique et alcoolique. (*Thèse de Paris.*) — Auscher et Lapicque. A propos des pigments des cirrhoses pigmentaires, production expérimentale de l'un de ces pigments (la rubigine-pigment ocre). (*Soc. méd. des hôp.*, 12 fév.) — Thibierge. Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 183.

Placenta. — Frommel. La question du développement du placenta. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 489.) — Johannsen. De l'épithélium du chorion. (*Mon. f. Geburts.*, V, 4.) — Delore. Circulation maternelle du placenta. (*Lyon méd.*, 11 avril.) — Renou. Cotylédons erratiques excentriques ou isolés. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 388.) — Guichard. Expulsion tardive d'un cotylédon placentaire surnuméraire. (*Ibid.*, p. 392.) — Marmey. Les lésions annexielles sont-elles une contre-indication du curetage dans les rétentions placentaires. (*Thèse de Bordeaux.*) — Delore. Thrombose et placenta marginé. (*Lyon méd.*, 25 avril.) — Delore. Microbes dans le placenta de femmes non malades. (*Ibid.*, 11 juill.) — Hahn. Du décollement manuel du placenta. (*Deut. med. Woch.*, 27 mai.) — Bruneau. Du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. (*Thèse de Lille.*) — Schœnewald. Du placenta prævia. (*Thèse de Berlin.*) — Perret. Un cas de placenta prævia total chez une primipare. (*Soc. obst. de France*, 24 avril.) — Keilmann. Placenta cervical. (*Cent. f. Gyn.*, 10 juill.) — Weiss. Du placenta prævia central. (*Ibid.*, 21 août.) — Weiss. Du placenta prævia central. (*Ibid.*, 5 juin.) — Herff. Etude historique sur le développement du placenta prævia total. (*Ibid.*) — Bonnaire. Placenta prævia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide. (*Presse méd.*, 14 août.) — Blacker. Traitement du placenta prævia par le ballon de Champetier. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIX, p. 138.) — Schuhl. Injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorragie grave due à une insertion vicieuse du placenta. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.) — Audebert et Sabrazès. Tendances proliferatives et dégénératives du placenta retenu dans la cavité utérine. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Fraenkel. Des tumeurs malignes de l'épithélium du chorion. (*Samml. klin. Voch.*, n° 180.) — Pick. Trois cas de tumeurs malignes de l'épithélium du chorion. (*Thèse de Breslau.*)

Plèvre. — Goldmann. Etiologie de la pleurésie séreuse idiopathique. (*Thèse de Breslau.*) — Teggatz. Etude des cas de pleurésie (en 10 ans) au point de vue de la genèse. (*Thèse de Greifswald.*) — Galliard. Les pleurésies providentielles. (*Semaine méd.*, 9 juin.) — Glaeser. De la pleurésie séreuse. (*Therap. Monats.*, juill.) — Heijer. Pathogénie de la pleurésie par bactérium coli. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Carlet. De la pleurésie séreuse enkystée. (*Thèse de Paris.*) — Pic. Déplacement du cœur à droite par un épanchement pleural ancien. (*Lyon méd.*, 18 juill.) — Bowditch. Sur quatre cas frustes d'épanchements pleurétiques. (*Boston med. Journ.*, 22 avril.) — Beaudouin. La pleurésie interlobaire. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Turpin. Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le régime lacté exclusif. (*Thèse de Toulouse.*) — Hall. Un cas de pleurésie pulsatile. (*Med. News*, 31 juill.) — Moutard-Martin. Ectopie cardiaque pathologique consécutive à une pleurésie tuberculeuse. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 janv. et 2 avril.) — Bouchet. Pneumothorax tuberculeux avec pleurésie chronique. (*Soc. anat. Paris*, 28 mai.) — Mc Cosh. Empyème pulsatile. (*Presbyterian hosp. med. Rep.*, II, p. 122.) — Lemoine. Traitement des pleurésies parapneumoniques. (*Echo méd. Nord*, 15 juill.) — Mimin. De la valeur sémiologique de l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. (*Thèse de Paris.*) — Sharp. Empyème avec corps étrangers dans la cavité pleurale. (*N.-York*

Digitized by Google

med. j., 8 mai.) — Siredey et Grosjean. Un cas de pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedlander, broncho-pneumonie suivie de gangrène, mort, autopsie. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 fév.) — West. L'empyème fétide. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 83.) — Dunn. Empyème double, guérison. (*Ibid.*, p. 213.) — Castaigne. Pleurésie purulente et septicémie mortelle produites par le tétragène. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — Leipziger. Traitement chirurgical de l'empyème. (*Med. News*, 7 août.) — Degeille. De l'intervention chirurgicale dans les pleurésies diaphragmatiques purulentes enkystées. (*Thèse de Toulouse.*) — Wilken. Traitement chirurgical de l'empyème. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Brandt. Traitement du pneumothorax consécutif à l'empyème. (*Berl. klin. Woch.*, 25 janv.) — Fotheringham. Un cas de pleurésie maligne. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — Jellersitz. Tumeur maligne de la plèvre. (*Riv. Veneta sc. med.*, 31 mai.) — Finley et Bradley. Sarcome primitif de la plèvre. (*Practitioner*, août.) — Sangalli. Sarcome de la plèvre et du poumon. (*Gaz. med. Lombarda*, 7 juin.) — Benda. Du cancer primitif de la plèvre. (*Deut. med. Woch.*, 20 mai.)

Poil. — Brandt. Les hommes-chiens. (*Rev. scientif.*, 1er mai.) — Brandt. Les femmes à barbe. (*Ibid.*, 15 mai.) — Goldfarb. Un cas d'alopécie universelle. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 563.) — Ziegler. De l'alopécie congénitale. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 213.) — Grindon. Affection particulière des follicules pileux. (*J. of cut. dis.*, juin.) — Paul Raymond. La calvitie vulgaire. (*Prog. méd.*, 1er mai.) — Brocq. La séborrée grave et la pelade. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 611.) — Jacquet. Séborrée, pelade et calvitie. (*Ibid.*, p. 622.) — Barthélemy. Sur les relations de la séborrée, de la pelade et des alopécies. (*Ibid.*, p. 626.) — Ehrmann. L'épilation électrolytique. (*Therap. Woch.*, 20 juin.)

Poumon. — Boulatow. Lésions des fibres élastiques des poumons dans la vieillesse. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Pokrowski. Le tissu élastique et ses lésions dans les maladies pulmonaires. (*Thèse de Moscou.*) — Huchard. L'œdème aigu du poumon. (*J. des Praticiens*, 8 mai.) — Renaut. La lésion de l'œdème aigu du poumon. (*Ibid.*, 14 mai.) — Tonnel. De l'œdème pulmonaire. (*Echo méd. Nord*, 27 juin.) — Milian. Sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches, hémoptysie mortelle. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — Barbatis. Sur un cas de lithiase pulmonaire, jeune fille de 19 ans. (*J. de méd. Paris*, 27 juin.) — Plaue. Métastases calcaires dans le poumon. (*Thèse de Kiel.*) — Josué. Des corps dits amylacés du poumon. (*Presse méd.*, 14 juill.) — Léon. Le bacille de Friedlaender et son rôle pathogène (*Thèse de Paris.*) — Lajugée. Des toxines pulmonaires. (*Ibid.*) — Bernardbeig. Un cas d'infection pneumococcique. (*Normandie méd.*, 15 juill.) — Duflocq et Ledamany. De l'infection pneumococcique généralisée dans la pneumonie. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 mars.) — Bezançon et Griffon. Pouvoir agglutinatif du sérum dans les infections expérimentales et humaines à pneumocoques. (*Soc. de biol.*, 19 juin, et *Presse méd.*, 17 juill.) — Nazari. Recherches sur la septicémie diplococcique et sur la tumeur de la rate dans la pneumonie. (*Riforma med.*, 26 avril.) — Lance et Kanthack. Des lésions infectieuses secondaires dans les cas mortels de pneumonie lobaire. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 309.) — Kahlden. L'induration pulmonaire consécutive à la pneumonie croupale. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 15 juill.) — Wieting. Flagellées (trichomones) dans le poumon d'un porc dans un cas de pneumonie lobulaire. (*Cent. f. Bakt.*, 1 Abth. XXI, p. 721.) — Duflocq. Recherche du pneumocoque dans le sang pendant le cours de la pneumonie. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 mars.) — Lyonnet et Chirat. Sur deux cas d'infection pneumococcique ayant simulé la dothiénentérie, néces-

Digitized by Google

sité de l'examen simultané du sang et des crachats. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — Andreoli et Sapigni. Névrite multiple dans la pneumonie. (*Gaz. d. Osped.*, 18 avril.) — Rosenfeld. De la statistique de la pneumonie. (*Wien. med. Blätt.*, 15 avril.) — Duntze. Statistique des pneumonies à la clinique de Fribourg. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Tyson. Types cliniques de pneumonie. (*Lancet*, 26 juin.) — Tordeus. Un cas de pneumonie intermittente. (*J. de clin. inf.*, 12 août.) — Waitz. De la spléno-pneumonie. (*Thèse de Paris.*) — Desgranges. De la pneumonie lobaire chez le vieillard, 21 obs. (*Ibid.*) — Koch. De la pneunomie streptococcique. (*Thèse de Leipsig.*) — Potain. De la pneumonie typhoïde. (*Semaine méd.*, 7 juill.) — Netter. Des broncho-pneumonies causées par le bacille encapsulé de Friedlaender, et des pleurésies purulentes dans lesquelles on rencontre ce microbe. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 fév.) — Duflocq et Ledamany. Arthrites pneumococciques multiples dans le cours de la pneumonie et survenues dans des articulations atteintes de rhumatisme chronique déformant. (*Ibid.*, 23 avril.) — Widal et Mercier. Synovites multiples à pneumocoques. (*Ibid.*, 11 juin.) — Northrup. Abcès du poumon. (*Presbyterian hosp. med. rep.*, II, p. 83.) — Sicard. Abcès du poumon metapneumonique, ostéochondrite sternale, phlegmon rétro-mammaire gauche, présence du seul pneumocoque. (*Soc. anat. Paris*, 21 mai.) — Bowes. Gangrène pulmonaire aiguë. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — Ewart et Sheild. Gangrène pulmonaire aiguë chez un jeune homme, pyopneumothorax, incision, drainage, guérison. (*Lancet*, 19 juin.) — Latruffe. Des hémorragies dans la gangrène pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Cooke. Pneumonie aiguë traitée par le sérum pneumonique. (*Brit. med. j.*, 22 mai.) — Harnett. Idem. (*Ibid.*) — Gripat. De la saignée dans la congestion pulmonaire d'origine cardiaque. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 247.) — Bloukett. La pilocarpine dans la pneumonie infectieuse. (*Journ. de méd. milit., russe*, avril.) — Eichberg. Les bains chauds dans la pneumonie. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — Campbell. Le traitement de la pneumonie. (*Ibid.*, 17 juill.) — Klein. Traitement de la pneumonie infectieuse par les compresses froides. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mars.) — Hampeln. De l'expectoration dans le cancer du poumon. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 247.) — Zakiew. Quatre cas de tumeurs du poumon. (*Vratch*, 30 mars.) — Benkert. Du carcinome primitif du poumon. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Pfannenstill et Josefson. Du cancer primitif du poumon. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 17.) — Bernard. Faut-il admettre un pneumothorax favorable. (*Méd. mod.*, 17 juill.) — Galliard et Bruneau. Pneumothorax mortel chez un grand emphysémateux. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 avril.) — West. Du pronostic du pneumothorax. (*Lancet*, 8 mai.) — Khinitz. Valeur de la ponction dans le traitement du pneumothorax. (*Thèse de Paris.*) — Tuffier. Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire. (*Méd. mod.*, 18 août.) — Bolognesi. La chirurgie pleuro-pulmonaire. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai.)

Prostate. — Genouville et Pasteau. Des rapports de la tension artérielle et de la contractilité vésicale chez les prostatiques. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Camus et Gley. Sur quelques faits relatifs à l'enzyme prostatique et sur la fonction des glandes vésiculaires. (*Ibid.*, 24 juill.) — Lozé. De l'orchite des prostatiques. (*Thèse de Paris.*) — Rebillard. Des prostatiques calculeux, de leur traitement par l'épicystostomie. (*Thèse de Lyon.*) — Banzet. Traitement des prostatiques. (*J. des Praticiens*, 11 mai.) — Bazy. Traitement des prostatiques par la sonde à demeure avec déambulation, de l'atrophie consécutive de la prostate. (*Presse méd.*, 12 juin.) — Hennandeh. Des opérations sexuelles contre l'hypertrophie prostatique. (*Cent. f. Chir.*, 5 juin.) — Parascandolo. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Settimana*

Digitized by Google

med., 17 avril.) — Debeaux. Des diverses interventions chirurgicales dans l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Toulouse.*) — Helferich et Borelius. Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. (*26e Cong. de chir. Berlin.*) — Freudenberg. Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini. (*Ibid.*) — Prédal. Le prostatectomie contre les accidents du prostatisme et la rétention. (*Thèse de Paris.*)

Psittacose. — Sicard. Epidémie de psittacose, recherches bactériologiques. (*Soc. de biol.*, 31 juill.) — Palamidessi. Sur les cas de psittacose. (*Lo Sperimentale*, L, p. 359.) — Malenchini. Réponse. (*Ibid.*, p. 370.)

Psoriasis. — Heuss. Traitement du psoriasis. (*Therap. Woch.*, 15 août.) — Fournier. Traitement du psoriasis par l'acide cacodylique. (*Thèse de Paris.*) — Danlos. Psoriasis invétéré traité par l'acide cacodylique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 559.) — Lehmann. Traitement du psoriasis par la thyroïdine et le salophène. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Breda. Caustiques et massage contre le psoriasis. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXXII, p. 306.)

Psychologie. — De Fleury. Introduction à la médecine de l'esprit. (In-8°, 483 p., *Paris.*) — Adamkiewicz. Sur la mémoire. (*Wien. med. Woch.*, 24 mai.) — Titchener. La psychologie scientifique. (*Med. Record*, 20 mars.) — Pierret. L'hérédité psychopathique. (*Rev. scient.*, 22 mai.)

Psychose. — Féré. Sur un cas de psychose migraineuse. (*Rev. de méd.*, mai.) — Marro. Contribution à l'étude des délires tirant leur origine du rêve. (*Giorn. Accad. Medic., Torino*, fév.) — Finzi. Psychoses fébriles. (*Riforma med.*, 15 avril.) — Soukhanoff. Sur les formes diverses de la psychose polynévritique. (*Rev. de méd.*, mai.) — Peikert. Des psychoses puerpérales. (*Thèse de Leipsig.*) — Putterich. Recherches sur le poids du corps dans les psychoses. (*Münch. med. Woch.*, 16 fév.) — Sokalski. Sur le pouls et la pression sanguine dans les psychoses aiguës. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Sanjuan. Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets. (*Arch. de neurol.*, mars.)

Puerpéral (État). — Bœrner. La fièvre puerpérale à la clinique de Berlin, 1885-94. (*Thèse de Berlin.*) — Ahlfeld. Des troubles physiologiques dans la période post-puerpérale. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 443.) — Norris. Nécessité de l'inspection précoce du vagin dans la septicémie puerpérale. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Miller. Infection puerpérale. (*Ibid.*) — Haultain. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de l'infection puerpérale. (*Edinb. med. j.*, août.) — Du Bouchet. Remarques à propos de 7 observations d'infection puerpérale. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Baumgarten. De l'influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale. (*Thèse de Paris.*) — Fieux. Trois cas d'infection puerpérale. (*Bull. méd.*, 30 juin.) — Gallagher. Convulsions puerpérales. (*Med. Record*, 17 avril.) — Lop. Ictère grave fatal dans l'état puerpéral. (*Soc. obst. de France*, 23 avril.) — Stieber. Un cas de névrite puerpérale localisée chez une multipare après un avortement de trois mois. (*Ibid.*, 24 avril.) — Nyulasy. Pleuro-pneumonie puerpérale. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — Parquet. De la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches. (*Thèse de Paris.*) — Chason. Causes et traitement de la septicémie puerpérale. (*Ann. of gyn.*, juin.) — Joy. Septicémie puerpérale traitée par la nucléine. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Hirst. Septicémie puerpérale, emploi du sérum antistreptococcique. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Norris. Septicémie puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique. (*Ibid.*) — Davis. Trai-

Digitized by Google

tement de la septicémie puerpérale par le sérum, deux cas d'insuccès. (*Ibid.*, mai.) — BALDY. Le sérum antistreptococcique dans un cas de phlébite et lymphangite puerpérales. (*Ibid.*) — SHOTER. La septicémie puerpérale traitée par le sérum, 21 cas. (*Ibid.*) — WHITTINGDALE. Sérum antistreptococcique dans la fièvre puerpérale. (*Brit. med. j.*, 3 juill.) — RAWLINGS. Septicémie puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique, mort. (*Lancet*, 7 août.) — HAYWARD. Septicémie puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.) — JAWORSKI. Applications de la sérothérapie à la fièvre puerpérale. (*Kron. lek.*, avril.) — VINAY. Septicémie puerpérale traitée par les injections de sérum antistreptococcique, 13 cas, 9 guérisons. (*Lyon méd.*, 16 mai.) — VINAY. Le sérum de Marmorek dans le traitement de la septicémie puerpérale. (*Ibid.*, 6 juin.)

Purpura. — RENON. Pathogénie du purpura. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — CARRIÈRE. Etude histologique du sang dans deux cas de maladie de Verlhof. (*Soc. de biol.*, 15 mai.) — HIRTZ et BERNHEIM. Deux cas de purpura. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juin.) — BENSAUDE. Sur l'absence de rétraction du caillot sanguin et de transsudation du sérum dans les diverses variétés de purpura hœmorrhagica. (*Ibid.*, 15 janv.) — MILLARD. Purpura hœmorrhagica rebelle, guérison au bout de neuf mois, confirmée par l'examen du sang, suivant le procédé de Hayem. (*Ibid.*, 22 fév.) — GUICCIARDI. Etiologie du purpura hémorragique. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 220.)

Pyohémie. — VILLEMIN. De l'infection purulente. (*Méd. mod.*, 14 août.) — FISCHER. Pronostic de la pyohémie. (*Thèse de Berlin.*)

R

Rachis. — THOMSON. Les courbures de la partie cervicale du rachis. (*Edinb. med. j.*, mai.) — JUDSON. La courbure latérale du rachis. (*Trans. Amer. Orthop. Ass.*, IX, p. 203.) — BRACKETT. Etiologie de la courbure latérale. (*Ibid.*, p. 207.) — ROTH. Traitement de la courbure latérale. (*Ibid.*, p. 214.) — BERNHEIM et MOSER. L'importance diagnostique de la ponction lombaire. (*Wien. klin. Woch.*, 20 mai.) — CHIPAULT. La ponction lombo-sacrée, matériel technique, utilité diagnostique et thérapeutique. (*J. de méd. Paris*, 16 mai.) — BRAUN. De la ponction lombaire et de sa valeur en chirurgie. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril, et *Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 885.) — MYA. Sur la valeur diagnostique et curative de la ponction lombaire. (*Settim. med.*, 23 janv.) — FLEISCHMANN. La valeur de la ponction lombaire. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 337.) — FLEISCHMANN. La valeur de la ponction lombaire. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — BAIN. Un cas d'hémato-rachis. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — GÉRARDIN. Anatomie pathologique de la scoliose. (*Thèse de Lyon.*) — RICHER. Des rapports de la station hanchée avec la scoliose dorsale primitive des adolescents. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, janv.) — BARWELL. Causes et traitement de la scoliose. (*Brit. med. j.*, 17 juill.) — SCHULTHESS. Traitement de la scoliose. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril.) — TESCHNER. Rapide guérison de la courbure latérale du rachis

Digitized by Google

et des autres difformités par les exercices méthodiques. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 10.) — Casse. De la résection des côtes dans la scoliose. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Huguks. Un cas de fracture isolée de l'atlas. (*France méd.*, 2 avril.) — Hudson. Fracture de la 5e vertèbre cervicale, opération, mort au 8e jour. (*J. of nerv. dis.*, juin.) — Regnault. Utilité des pièces anatomo-pathologiques dans le débat sur le redressement brusque du mal de Pott. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Malherbe. Mal de Pott datant de huit à dix ans, redressement de la gibbosité par la méthode de Calot, mort le 9e jour, autopsie. (*Gaz. méd. Nantes*, 3 juill.) — Bradford. Abcès dans la carie dorsale. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 40.) — Gibney. Paraplégie par compression dans le mal de Pott. (*J. of nerv. dis.*, avril.) — Shaffer. Résultats du traitement mécanique dans la paraplégie du mal de Pott. (*Ibid.*) — Bilhaut et Levassort. Mal de Pott, son traitement. (*J. de méd. Paris*, 13 juin.) — Delcroix. De l'application de l'appareil plâtré dans le mal de Pott. (*Presse méd. belge*, 18 juill.) — Schapps. Appareil pour le mal de Pott. (*Trans. Amer. orthop. Ass.*, IX, p. 131.) — Hubbard. Traitement de la paraplégie du mal de Pott. (*Ibid.*, p. 151.) — Nebel. Nouveau procédé de pansement-corset pour la scoliose, les luxations de la hanche, la coxalgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 674.) — Willems. De la suppression de l'anesthésie dans le redressement des gibbosités pottiques. (*Semaine méd.*, 28 juill.) — Jones et Tubby. De la réduction immédiate des difformités angulaires du rachis. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — Chipault. L'apophysalgie pottique. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mars.) — Chipault. Nécessité de la fixation apophysaire directe pour la guérison durable des déviations vertébrales réduites. (*Gaz. des hôp.*, 12 août.) — Chipault. Le traitement du mal de Pott. (In-8°, 35 p., *Paris.*) — Jeannel. Sur la technique du redressement des gibbosités pottiques, emploi des moufles. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 383.) — Deschamps. Du redressement dans les affections de la colonne vertébrale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Depage. A propos du redressement des gibbosités pottiques. (*J. méd. Bruxelles*, 20 mai.) — Vaudam. Mal de Pott, traitement révulsif, guérison. (*Ibid.*) — Delcroix. Traitement de la bosse du mal de Pott par la méthode de Calot. (*J. de méd. Paris*. 16 mai.) — Guelliot. Redressement et ligatures apophysaires d'un mal de Pott. (*Union méd. Nord-Est*, 15 juill.) — Vincent. Sur le redressement des gibbosités pottiques (critique de la méthode de Callot). (*Lyon méd.*, 4 juill.) — Geiking. Sur le traitement des gibbosités de Pott par le procédé de Calot. (*Vratch*, 8 mai.) — Ménard. Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott, étude anatomique et expérimentale. (*Presse méd.*, 14 juill.) — Massol. Des manœuvres de force appliquées au redressement des déviations scoliotiques. (*Thèse de Montpellier.*) — Delore. Du redressement forcé des bossus. (*France méd.*, 2 avril.) — Wachenhusen. Des résections du rachis dans les paralysies par spondylèse. (*Thèse de Heidelberg.*) — Plempel. De la laminectomie. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Sorge. Laminectomie de la quatrième cervicale à la suite d'un traumatisme. (*Riforma med.*, 15 fév.) — Ulmer. Du spina bifida. (*Thèse de Munich.*) — Stroh. Genèse du tératome sacro-coccygien. (*Thèse de Giessen.*)

Rachitisme. — Smaniotto Ettore. Recherches sur la pathogenèse du rachitisme. (*Rev. mens. mal. de l'enfance*, mars.) — Olivier. Sur le rachitisme considéré au point de vue de la pathogénie et des différentes formes cliniques. (*Thèse de Montpellier.*) — Gausner. Le rachitisme dans le district égorien du gouvernement de Riazan. (*Vratch*, 10 juill.) — Klinger. Un cas de chondro-dystrophie hyperplastique et de ses rapports avec le rachitisme fœtal. (*Thèse de Fribourg-en-Brisgau.*) — Kirmisson. Nouveaux faits

Digitized by Google

pour servir à l'étude de l'incurvation rachitique du col fémoral, coxa vara d'origine congénitale. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 302.) — Koppen. De la maladie de Barlow. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 360.) — Carron de la Carrière. Le traitement rationnel du rachitisme par le chlorhydrate d'ammoniaque et les bains salés. (*J. des Praticiens*, 24 avril.) — Fischer. Traitement chirurgical des déformations rachitiques des os longs. (*Thèse de Leipsig.*)

Radiographie. — Leduc. Emploi des machines électro-statiques pour la radiographie et la radioscopie. (*Gaz. méd. Nantes*, 26 juin.) — Monell. Etude du maximum des effets des rayons X par la machine statique. (*Med. Record*, 26 juin.) — Sabrazès et Rivière. Sur l'action biologique des rayons X. (*Acad. des sc.*, 3 mai.) — W. Cowe. Visibilité des rayons Rœntgen. (*Arch. f. Physiol.*, p. 397.) — Zangemeister. De la photographie et de l'éclairage par les rayons R. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 517.) — Foveau de Courmelles. Action physiologique des rayons X et leur mécanisme. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Bardet. Action des rayons X sur la rétine. (*Acad. des sc.*, 14 juin.) — Lecercle. Action des rayons X sur la température des animaux. (*Ibid.*, 26 juill.) — Jeanselme. De l'imperméabilité aux rayons Rœntgen des organes contenant du pigment ocre. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 fév.) — Robert. Des rayons R. en médecine et en chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — Oudin et Barthélemy. Applications médico-chirurgicales de la photographie Rœntgen. (*Presse méd.*, 12 juin.) — Benedikt. Les résultats de mes dernières recherches avec les rayons X. (*Progrès méd.*, 3 avril. — Montaligré. La radiographie et la pathologie infantile. (*Thèse de Toulouse.*) — Leduc. De l'emploi en chirurgie des épreuves radiographiques négatives et positives. (*Gaz. méd. Nantes*, 3 juill.) — Ruemmell. Emploi des rayons X en chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 194.) — Marie et Ribaut, Stéréoscopie de précision appliquée à la radiographie. (*Arch. de phys.*, IX. p. 686.) — Gauzence de Lastours. Technique et application médicale des rayons X. (*Thèse de Bordeaux.*) — Levy et Thumim. Emploi de la radiographie en obstétrique. (*Deut. med. Woch.*, 5 août.) — Londe et Meige. Applications médicales de la méthode de Rœntgen : 1° un nouvel interrupteur à mercure pour bobines d'induction; 2° radiographies des extrémités d'un sexdigitaire. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, janv.) — Destot. Les troubles physiologiques et trophiques dus aux rayons X. (*Acad. des sc.*, 17 mai.) — Springer et Serbanesco. Recherches des causes des troubles de la croissance à l'aide des rayons R. (*Ibid.*) — Schall. Troubles trophiques provoqués chez l'homme par l'ampoule de Crookes. (*Thèse de Lyon.*) Richer et Londe. Sur des cas d'érythème radiographiques des mains. (*Acad. des sc.*, 31 mai.) — Apostoli. Sur un cas très grave de dermatite consécutive à deux applications de rayons X, pathogénie et traitement. (*Ibid.*, 14 juin.) — Dale. Dermatite skiagraphique. (*Med. News*, 24 juill.) — Balthazard. Pathogénie de l'érythème radiographique. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Walsh. Lésion profonde des tissus par les rayons X. (*Brit. med. j.*, 31 juill.) — Achard. De l'action des rayons Rœntgen sur les cultures microbiennes. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 janv.) — Beauregard et Guichard. Action des rayons X sur certains caractères biologiques des microbes. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Blaikie. Effets des rayons X sur le bacille tuberculeux et la toxine diphtérique. (*Scottish med. j.*, mai.) — Blaise et Sambuc. De l'action des rayons X sur le pyocyaneus et la bactéridie charbonneuse. (*Soc. de biol.*, 10 juill.) — Chantelaube, Descamps et Roulliès. De l'action des rayons R. sur des poumons atteints de tuberculose aiguë. (*Arch. d'élect. méd.*, mai.) — Bergonié et Mongour. Les rayons R. ont-ils une action sur la tuberculose pulmonaire de l'homme? (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — Destot. Influence des rayons R. sur le pouls. (*Lyon méd.*, 11 avril

Digitized by Google

Marie et Ribaut. Applications médicales de la radiographie stéréoscopique de précision. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 août.) — Scheier. Emploi des rayons R. pour la physiologie de la voix et de la parole. (*Deut. med. Woch*, 17 juin.) — Bouchard. Sur les applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax. (*Acad. des sc.*, 17 mai.) — Ollier. Démonstration par les rayons R. de la régénération osseuse chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales. (*Ibid.*) — Abrams. Valeur des rayons R. dans le diagnostic des maladies du cœur. (*N.-York med. j.*, 12 juin.) — Aron. Diagnostic précoce des anévrismes de l'aorte par les rayons X. (*Deut. med. Woch.*, 27 mai.) — Dalgarno et Galloway. Skiagramme d'un anévrisme de l'aorte. (*Lancet*, 8 mai.) — Béclère, Oudin et Barthélemy. Application de la méthode Rœntgen à l'examen d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 fév.) — Béclère, Oudin et Barthélemy. Application de la méthode Rœntgen au diagnostic des affections thoraciques et en particulier au diagnostic des lésions de l'aorte. (*Ibid.*, 14 mai.) — Béclère, Oudin et Barthélemy. Applications de la méthode Rœntgen au diagnostic des affections thoraciques, et en particulier des lésions de l'appareil respiratoire. (*Ibid.*, 25 juin.) — Martin-Durr. Premières radiographies du poumon malade. (*Gaz. des hôp.*, 3 juin.) — Milian. Diagnostic de la symphyse pleurale par les rayons R. (*Presse méd.*, 26 juin.) — Levy-Dorn. Radiographie d'une paralysie infantile datant de huit ans. (*Berl. klin. Woch.*, p. 16, 4 janv.) — Roux et Balthazard. Sur l'emploi des rayons Rœntgen pour l'étude de la motricité stomacale. (*Soc. de biol.*, 12 juin.) — Roux et Balthazard. Etude des contractions de l'estomac de l'homme à l'aide des rayons R. (*Ibid.*, 24 juill.) — Nammack. Un cas de goutte chronique examinée aux rayons Rœntgen. (*Med. Record*, 24 avril.) — Oudin et Barthélemy. Note sur l'application de la méthode Rœntgen au diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme chronique. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mai.) — Kuemmell. La valeur des rayons R. en chirurgie. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Levy, Levy-Dorn, Hoffa, Joachimsthal, Krause, Lexer. Même sujet. (*Ibid.*) — Henschen et Lennander. Les rayons de Rœntgen au service de la chirurgie du cerveau. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 30.) — Chipault et Londe. Applications de la radiographie à la chirurgie du système nerveux. (*Bull. méd.*, 10 fév.) — Behrendsen. Etude de l'ossification de la main par les rayons R. (*Deut. med. Woch.*, 1er juill. — Levi et Londe. Application des rayons de Rœntgen à l'étude de la texture d'os pathologiques (ostéite déformante de Paget). (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, mai.) — Schwartz. De la radiographie appliquée au diagnostic d'un traumatisme complexe du coude. (*Rev. d'orthop.*, mai.) — Quénu. Application des rayons R. au diagnostic des traumatismes du coude. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 241.) — Withington. Un cas de fracture de l'humérus avec skiagraphe. (*Boston med. Journ.*, 13 mai.) — Corson. Quelques observations de fractures de Colles examinées aux rayons Rœntgen. (*Med. Record*, 8 mai.) — Muller-Kannberg. Radiographie d'une côte cervicale, d'un pont osseux reliant le fémur à la jambe, de mains de nourrissons ayant subi ou non un traitement antisyphilitique. (*Berl. klin. Woch.*, 15 fév.) — Hofmeister. De la coxa vara étudiée par les rayons R. (*26e Cong. de chir. Berlin.*) — Destot. Fractures de l'astragale décelées par la radiographie. (*Lyon méd.*, 6 juin.) — Destot. Fractures de l'astragale et rayons X. (*Echo méd. Lyon*, 15 juin.) — Destot. Radiographie d'un pied montrant une luxation sous-astragalienne typique en avant. (*Lyon méd.*, 25 juill.) — Bertoloni et Avoledo. Radiographie d'un projectile dans le crâne. (*Gaz. d. Osped.*, 13 juin.) — Péan. Radiographie d'une balle située dans le rocher. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 mars.) — Fridenberg. La localisation des corps étrangers de l'œil par les rayons Rœntgen. (*Med. Record*, 15 mai.) — Dahlfeld et Pohrt. Découverte des

Digitized by Google

corps étrangers de l'œil par la radiographie. (*Deut. med. Woch.*, 29 avril.) De Schweinitz. Morceau d'acier logé dans le corps ciliaire découvert par les rayons X. (*Amer. j. of med. sc.*, mai.) — Péraire. Aiguille dans la première phalange de l'annulaire, radiographie, ablation. (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — Cordier. Skiagraphie des corps étrangers du bassin. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Dupraz. Sur la recherche des corps étrangers à l'aide des rayons R. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 263.) — Buguet et Gascard. Application des rayons R. à l'analyse des calculs. (*Presse méd.*, 19 mai.)

Rage. — Memmo. Etiologie de la rage. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 657.) — Grigorjew. Sur le travail de Memmo et Bucchestini sur l'étiologie de la rage. (*Ibid.*, XXII, p. 42.) — Mégnin. Les simili-rages chez le chien. (*Bull. Acad. de méd.*, 19 janv.) — Sabrazès. Leçons sur la rage. (*Arch. clin. Bordeaux*, mai.) — Dulles. Rapport sur l'hydrophobie. (*Med. Record*, 26 juin.) — Pottevin. Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1896. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 336.) — Diaptroptoff. Les vaccinations antirabiques à Odessa, rapport annuel 1895. (*Arch. sc. biol. St-Péterb.*, V, p. 155.) — Kraiouchkine. Sur l'effet des injections sous-cutanées de virus fixe de la rage. (*Ibid.*, V, p. 261.)

Rate. — Paulesco. Sur la structure de la rate. (*Thèse de Paris.*) — Kochelew. Influence de l'hyperémie et de l'anémie de la rate sur la composition morphologique des leucocytes. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Tedeschi. Rate double. (*Gaz. d. osped.*, 15 août.) — Griffin. Un cas d'hypertrophie considérable de la rate, guérison. (*Dublin jour.*, 1er avril. — Klippel et Lefas. Kystes séreux de la rate et des reins. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai.) — Homans. Angiome caverneux de la rate. (*Ann. of surg.*, juin.) — Strange et Ware. Rupture de la rate, splénectomie, mort. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — Vaquez. Splénectomie avec examens du sang. (*Soc. de biol.*, 5 juin.) — Jonnesco. De la splénectomie. (*Progrès méd.*, 20 mars.)

Rectum. — Bodenhamer. Atonie du rectum et des sphincters anaux. (*N.-York med. j.*, 19 juin.) — Lebrun. Absence congénitale du rectum (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Brault. Un cas d'absence du rectum, échec de la périnéotomie postérieure, colotomie iliaque, bon fonctionnement de l'anus ventral pendant trois semaines, puis anus sacré par la méthode de Kraske, mort le 11e jour. (*Gaz. des hôp.*, 10 août.) — Dunlop. Un cas de rétrécissement du rectum. (*Lancet*, 26 juin.) — Rieder. Pathologie et traitement des rétrécissements du rectum. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril.) — Sonnenburg. Traitement des rétrécissements élevés du rectum. (*Ibid.*) — Schwab. Des polypes multiples du côlon et du rectum. (*Thèse de Heidelberg.*) — Cabanié. Prolapsus grave du rectum. (*Thèse de Toulouse.*) — Dejardin. Tuberculose du rectum. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Quénu. Du carcinome rectal, étude anatomo-pathologiqne. (*Rev. de chir.*, juill.) — Quénu. Diagnostic du cancer du rectum. (*L'Abeille méd.*, 8 mai.) — Tuttle. Le cancer du rectum. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 mars.) — Keen. Traitement du cancer du rectum, 25 cas. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Taylor. Traitement du cancer rectal. (*Ann. of surg.*, avril.) — Desforges. Traitement opératoire du cancer du rectum. (*Thèse de Toulouse.*) — Edwards. Extirpation d'un cancer élevé du rectum par la méthode de Kraske, 14 cas. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — Paul. 14 cas de résection du rectum. (*Lancet*, 10 juill.) — Quénu. Du choix des procédés opératoires dans l'extirpation des cancers du rectum. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 158.) — Rose. Colotomie précoce dans les affections malignes du rectum. (*Practitioner*, juill.)

Digitized by Google

Réflexe. — Eisen. Etat des réflexes avec le système nerveux sain et malade. (*Thèse d'Erlangen.*) — Mayer. Sur le réflexe cutané abdominal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Van Gehuchten. Le mécanisme des mouvements réflexes. (*J. de neurol.*, 20 juill.) — Broca et Richet. Vitesse des réflexes chez le chien et variations avec la température organique. (*Soc. de biol.*, 8 mai.)

Rein. — Brewer. Sur l'anatomie du rein. (*Med. News*, 31 juill.) — Hausemann. Triplicité des reins. (*Berl. klin. Woch.*, 25 janv.) — Kosjowski. Sur l'élimination par les reins des microbes et des émulsions de graisse. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Laveran. Sur une myxosporidie des reins de la tortue. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — Azémar. Acétonurie expérimentale. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — De Villefosse. Le bleu de méthylène en 1897. (*Thèse de Paris.*) — Pérès. De la perméabilité rénale, son diagnostic par le bleu de méthylène. (*Thèse de Toulouse.*) — Bourg. Sur le diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. (*Thèse de Paris.*) — Noé. Diagnostic de la perméabilité rénale. (*Presse méd.*, 26 juin.) — Zakiew. Etiologie et clinique des néphrites. (*Vratch*, 15 mai.) — Brault. Classification clinique des néphrites. (*Presse méd.*, 11 août.) — Fauquez. Du rein cardiaque. (*Thèse de Paris.*) — Cantieri. De la néphrite diplococcique secondaire. (*Gaz. d. Osped.*, 27 juin.) — Holmes et Kanthack. Rapports de l'hypertrophie cardiaque et de l'œdème avec les maladies du rein. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 261.) — Councilman. Etude anatomique et bactériologique de la néphrite diffuse aiguë. (*Amer. j. of med. sc.*, juill.) — Inglessi. Sclérose du rein. (*Soc. anat. Paris*, 26 mars.) — Jacquet. Des effets de l'extrait de rein, néphrine, dans le traitement de l'insuffisance rénale. (*Thèse de Lyon.*) — Campbell. Quelques points de la pathologie et du traitement de la néphrite. (*Scottish med. j.*, mai.) — Black. Le traitement de la néphrite. (*Ibid.*, juin.) — Maragliano. L'azote dans le traitement des néphrites. (*Gaz. d. Osped.*, 25 juill.) — Robin. Traitement médical des pyélites. (*L'Abeille méd.*, 3 juill., et *Bull. gén. de thérap.*, 30 avril.) — Robinson. Hémophilie rénale. (*Med. News*, 24 juill.) — Holmes. Sur la chirurgie du rein. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 avril.) — Braeuninger. De la chirurgie du rein. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 401.) — Gerster. Chirurgie du rein et de l'uretère. (*Amer. j. of med. sc.*, juin.) — Daubois. De l'isolement immédiat de la cavité péritonéale dans la néphrectomie abdominale, marsupialisation anténéphrectomique, des incisions transpéritonéales. (*Thèse de Lyon.*) — Ratynski. De la néphrectomie lombaire par morcellement. (*Thèse de Paris.*) — Hawkes. 17 cas de néphrectomie. (*Presbyterian hosp. med. rep.*, II, p. 234.) — Bazy. De l'uretéro-pyélo-néostomie. (*Rev. de chir.*, mai.) — Kisch. Sur l'influence des eaux calcaires sur les concrétions rénales uriques. (*Wien. med. Woch.*, 29 mai.) — Lennander. Deux cas de calculs du rein opérés. (*Deut. med. Woch.*, 27 mai.) — Labbé. Atrophie rénale double par calculs de l'uretère. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai.) — D'Haeneus. La tuberculose rénale. (*La Policlin. Bruxelles*, 15 mai.) — Patoir. Tuberculose rénale par contiguïté consécutive à un mal de Pott, tuberculose généralisée, pas de lésions tuberculeuses dans les autres organes génito-urinaires. (*Méd. moderne*, 21 août.) — Brown. Tuberculose rénale. (*Presbyterian hosp. med. rep.*, II, p. 36.) — Levi. Tuberculose rénale cavitaire latente, anévrisme artério-veineux du pli du coude. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Michel. Des tuberculoses latentes du rein. (*Thèse de Montpellier.*) — Meyer. Diagnostic précoce et néphrectomie précoce dans la tuberculose du rein. (*Med. News*, 1er mai.) — Percheron. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. (*Thèse de Paris.*) — Vignard. Néphrectomie pour une tuberculose du rein. (*Lyon méd.*, 6 juin.) — Tuffier. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein, 15 obs. (*Bull. Soc.*

Digitized by Google

de chir., XXIII, p. 51.) — Wolf. De l'hydronéphrose. (*Thèse de Berlin.*) — Oehler. Néphrite purulente traumatique, néphrectomie, guérison. (*Münch. med. Woch.*, p. 61, 19 janv.) — Israel. Néphrectomie pour pyonéphrose au cinquième mois d'une grossesse qui poursuit son cours. (*Berl. klin. Woch.*, 1er fév.) — Israel. Néphrectomies pour adénocarcinome chez une fille de 15 ans et pour sarcome avec résection de la veine émulgente remplie par un thrombus sarcomateux. (*Ibid.*) — Bennecke. 1° Pyonéphrose gauche datant de l'enfance chez un homme de 21 ans; 2° goitre surrénal droit chez un homme de 51 ans mort le lendemain par fonctionnement insuffisant de l'autre rein atteint d'hydronéphrose; 3° adénome droit chez un homme de 65 ans, mort cinq jours après l'opération. (*Ibid.*, 25 janv.) — Cramer. Procédé opératoire du rein avec hydronéphrose flottant. (*Cent. f. Chir.*, 29 mai.) — Boccard. Du traitement de l'hydronéphrose, néphrectomie transpéritonéale avec isolement immédiat de la séreuse. (*Thèse de Lyon.*) — Pfeiffer. Des lésions du rein suites de contusions. (*Thèse de Leipsig.*) — Palleroni. Un cas de rein mobile des deux côtés. (*Gaz. d. Osped.*, 27 juin.) — Irwin. Rein flottant avec gastrite aiguë. (*Medicine*, mai.) — Reed. Le rein flottant au point de vue médico-légal. (*J. Amer. med. Ass.*, 15 mai.) — Willmore. Du rein mobile. (*Birmingham med. review*, juin.) — Jonnesco. Nouveau procédé de néphropexie lombaire. (*Cent. f. Chir.*, 31 juill.) — Stinson. Sur une méthode de fixation du rein. (*Med. Record*, 17 avril.) — Minine. Un cas de néphroraphie. (*Vratch*, 29 mai.) — Engström. Sur la néphropexie. (*Nord. med. Arkiv*, VII.) — Rieker. Les tumeurs du rein. (*Cent. f. allg. Path.*, 1er juin.) — Lenhartz. Tumeur kystique du rein gauche, grosse comme une tête d'homme, enlevée sur une femme de 32 ans. (*Berl. klin. Woch.*, 22 fév.) — Rey et Hérail. Observation de reins polykystiques énormes. (*Bull. méd. Algérie*, 10 janv.) — Bockenheimer. Des kystes congénitaux du rein. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Newmann. Les maladies kystiques du rein. (*Glasgow med. j.*, mai.) — Hennecart. Néphrectomie chez une femme de 70 ans. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 mai.) — Gatti. Des néoplasmes du rein développés sur des germes aberrants des capsules surrénales. (*Morgagni*, juill.) — Legueu. Cancer kystique dans un rein mobile. (*Soc. anat. Paris*, 14 mai, et *Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Poncet. Néphrectomie transpéritonéale pour cancer du rein. (*Lyon méd.*, 23 mai.) — Albarran. Uretère surnuméraire ouvert dans la vulve et dans le vagin. (*Gaz. des hôp.*, 1er juill.) — Haushalter et Jacques. Des accidents consécutifs à l'imperforation vésicale de l'uretère et spécialement des uretères surnuméraires. (*Presse méd.*, 22 mai.) — Meyer. Le cathétérisme des uretères chez l'homme. (*Med. Record*, 1er mai.) — Delagenière. Chirurgie de l'uretère. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 337.) — Huot. Sur les capsules surrénales, les reins, le tissu lymphoïde des poissons lophobranches. (*Acad. des sc.*, 21 juin.) — Moore. Du chromogène et de la substance active de la capsule surrénale. (*J. of phys.*, XXI, p. 382.) — Vincent. Physiologie comparée des capsules surrénales. (*Proceedings phys. Soc.*, 20 mars.) — Rosenthal. Les capsules surrénales, physiologie d'après les travaux récents. (*Gaz. des hôp.*, 20 juill.) — Biedl. L'innervation des capsules surrénales. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVII, p. 443.) — Wendling. Rôle fonctionnel des capsules surrénales. (*Thèse de Paris.*) — Gourfein. Le rôle de l'auto-intoxication dans le mécanisme de la mort des animaux décapsulés. (*Acad. des sc.*, 19 juill.) — Frisco. Les capsules surrénales dans leurs rapports avec les échanges organiques et avec l'immunité naturelle. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 avril.) — Donetti. Les lésions des cellules du système nerveux central après l'ablation des capsules surrénales. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — Langlois. L'action des agents oxydants sur l'extrait de capsules surrénales.

Digitized by Google

(*Ibid.*, 29 mai.) — Boinet. Diminution de la résistance des rats doublement décapsulés à l'action toxique de diverses substances. (*Ibid.*, 8 mai.) — Langlois. Du foie comme organe destructeur de la substance active des capsules surrénales. (*Ibid.*, 12 juin.) — Athanasiu et Langlois. Idem. (*Ibid.*) — Vincent. Effets des injections sous-cutanées de capsules surrénales. (*Proceed. phys. Soc.*, 12 juin.) — Leconte. Sur les hémorragies des capsules surrénales. (*Thèse de Paris.*) — Carpentier. Sur un cas de tuberculose des capsules surrénales. (*Ibid.*)

Résection. — Résection de l'omoplate pour sarcome intramusculaire, fille de 8 ans. (*Brit. med. j.*, 21 août.) — Alivizatos. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. (*Thèse de Paris.*) — Townsend. Résection de la hanche. (*Med. News*, 26 juin.) — Monod. Résection atypique de la hanche, guérison avec retour complet des mouvements de l'articulation. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 213.) — Kirmisson. Nouvel exemple de déviation du genou consécutive à une résection. (*Rev. d'orthop.*, mai.) — Lotheissen. Modification de la résection ostéoplastique du pied de Mikulicz. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 401.) — Bruns. Technique des résections ostéoplastiques du pied. (*Ibid.*, p. 413.)

Respiration. — Levy-Dorn. Recherches expérimentales sur la respiration costale. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 433.) — Bohr et Henriques. Recherches expérimentales sur la production de CO^2 et la consommation d'O dans le poumon. (*Arch. de phys.*, IX, p. 590.) — Bohr et Henriques. Sur la détermination du lieu de la consommation de l'O et de la formation de CO^2. (*Ibid.*, IX, p. 710.) — Weiss. Enregistrement des produits de la respiration. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — Gendre. Influence de l'air expiré sur l'organisme animal. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Cardi et Cionini. Etude des arythmies respiratoires. (*Morgagni*, mai.) — Benedicenti. Sur l'arrêt de la respiration chez l'homme et des causes qui en modifient la durée. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, mars.) — Huchard. La dyspnée toxi-alimentaire, action dissociée de quelques médicaments. (*Jour. méd. et chir. prat.*, 10 juill.) — Barker. Blessure de l'épaule dans la respiration artificielle, procédé de Schultze. (*Lancet*, 8 mai.)

Rétine. — Fusari. Note historique à propos des nouvelles découvertes sur la fine anatomie de la rétine de l'homme et des mammifères. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 155.) — Rieznikow. Structure de la rétine étudiée d'après la métkode de Golgi-Cajal. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Elschnig. Des vaisseaux cilio-rétiniens. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 144.) — Stevens. Les directions des méridiens apparents, horizontal et vertical, de la retine, leurs modifications par des causes physiologiques ou pathologiques. (*Ibid.*, XXVI, p. 181.) — Grünbaum. De la stimulation intermittente de la rétine. (*J. of phys.*, XXI, p. 396.) — Guinkoff. La photographie de la rétine. (*Thèse de Montpellier.*) — Popow. Lésions de la rétine dans l'intoxication tabagique chronique. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Fuenfstueck. Développement de la rétinite proliférante. (*Thèse de Fribourg-en-Brisgau.*) — Guilbaud. La rétinite proliférante. (*Thèse de Paris.*) — Hotzen. Rétinite hémorragique. (*Thèse de Kiel.*) — Stolting. De la rétinite hémorragique avec glaucome consécutif. (*Arch. f. Opht.*, XLIII, p. 306.) — Schweigger. Des hémorragies rétiniennes. (*Thèse de Berlin.*) — Kunz. De la rétinite albuminurique. (*Thèse de Marbourg.*) — Gallemaerts. Rétinite albuminurique produite par le sulfure de carbone. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er juin.) — Hinshelwood. Guérison d'une rétinite albuminurique. (*Brit. med. j.*, 8 mai.) — Juler. Un cas de neuro-rétinite syphylitique. (*Ann. d'ocul.*, mai,

Digitized by Google

p. 353.) — Haab. Lésions traumatiques de la macula par les courants électriques. (*Klin. Mon. f. Aug.*, juill.) — Bourgeois. Constitution du corps vitré comme point de départ du traitement du décollement de la rétine. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 375, et *Union méd. Nord-Est*, 15 juin.) — Masselon. De la chorio-rétinite cicatricielle dans le décollement rétinien tardivement guéri. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 368.) — Jutrzenka. Le traitement opératoire du décollement de la rétine. (*Wien. med. Woch.*, 15 mai.) — Meyer. De la thrombose de la veine centrale de la rétine. (*Thèse de Munich.*) — Taylor. Gliome de la rétine. (*Lancet*, 24 juill.) — Grand. Un cas de gliome de la rétine. (*Ann. d'ocul.*, juill.)

Rhumatisme.— Riva. Etiologie du rhumatisme articulaire aigu. (*Cent.f.inn.Med.*, 14 août.) — Krack. Du rhumatisme musculaire. (*Hosp. Tidende*, IV, p. 1239.) — Cazal. De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités. (*Thèse de Paris.*) — Chevais. Des réflexes dans le rhumatisme chronique. (*Thèse de Paris.*) — Pérochaud, Mirallié et Arin. De l'état des réflexes tendineux dans le rhumatisme chronique. (*Soc. de biol.*, 3 juill., et *Gaz. méd. Nantes*, 21 août.) — Spehl. Rhumatisme articulaire aigu simulant la méningo-myélite lombaire. (*La Clin. belge*, 6 mai.) — Dufour. Déformation et gonflement articulaire dans le rhumatisme chronique. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Collangettes. De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Thèse de Paris.*) — Wood. Emploi de la chaleur sèche élevée contre les affections rhumatismales et articulaires. (*Med. News*, 17 juill.) — Lemoine. Applications locales du salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 mai.) — Siredey. Traitement du rhumatisme articulaire par des applications locales de salicylate de méthyle. (*Ibid.*, 28 juill.)

Rougeole. — Burmeister. De la rougeole à Rostock de 1878 à 1895. (*Thèse de Rostock.*) — Rémignard. Des récidives et des rechutes de la rougeole. (*Thèse de Paris.*) — Barbier. Recherches bactériologiques chez les morbilleux. (*Soc. méd. des hôp.*, 29 janv.) — Renard. Rougeole contagieuse pendant la convalescence. (*Ibid.*, 21 mai.) — Catrin. Un cas de contagion de rougeole après la période éruptive. (*Ibid.*, 14 mai.) — Cacaud. De l'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Labbé. De l'association de la rougeole et de la coqueluche en pathologie infantile. (*Rev. mens. mal. enf.*, mai.) — Poulet. Association de la rougeole et de la diphtérie chez les mêmes sujets, utilité de la cocaïne pour rappeler l'éruption d'une rougeole anormale, et de pilocarpine pour combattre la pneumonie rubéolique. (*J. de méd. Paris*, 2 mai.) — Trousseau. Les complications oculaires de la rougeole. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 mai.) — Hutinel. Complications broncho-pulmonaires de la rougeole. (*Presse méd.*, 10 mai.) — Séglas. Rougeole, infection secondaire, confusion mentale pseudo-méningitique. (*Ibid.*, 1er mai.) — Bourgeois. Sur la température dans la rougeole. (*Thèse de Lyon.*) — Josias. Traitement de la rougeole. (*J. des Praticiens*, 29 mai.) — Arnold. Epidémie de rubéole. (*Brit. med. j.*, 12 juin.)

Rouget. — Leclainche. Sur la sérothérapie du rouget du porc. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Loir et Panet. Sur la sérothérapie du rouget du porc. (*Soc. de biol.*, 5 juin.)

Digitized by Google

S

Salivaire. — Krause. Histologie des glandes salivaires (*Arch. f. mik. Anat.*, XLIX, p. 707.) — Hofbauer. Variations journalières dans l'activité de la salive humaine. (*Cent. f. Phys.*, X, p. 559.) — Sticker. Procédé simple pour obtenir de grandes quantités de salive buccale. (*Münch. med. Woch.*, p. 237, 2 mars.) — Klippel et Lefas. De la sialorrée. (*Gaz. des hôp.*, 15 mai.) — Bourneville. Un cas de calcul salivaire. (*Progrès médic.*, 3 juil.) — Van der Velde. La lithiase salivaire. (*J. méd. Bruxelles*, 17 juin.) — Comby. Les parotidites toxiques. (*Méd. mod.*, 26 juin.) — Lambret et Gaudier. Myxome pur de la glande parotide. (*Écho méd. Nord*, 23 mai.)

Sang. — Giglio-Tos. La structure et l'évolution des corpuscules rouges du sang chez les vertébrés. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 110.) — Cuénot. Les globules sanguins et les organes lymphoïdes des invertébrés. (*Arch. d'anat. microsc.*, I, 2. — Querton. Du rôle des cellules migratrices provenant du sang et de la lymphe dans l'organisation des tissus chez les animaux à sang chaud. (*Mém. cour. Acad. de méd. Belgique*, XV, 1.) — Arnold. Origine des globules du sang et technique de l'examen du sang. (*Cent. f. allg. Path.*, 1er mai.) — Hayem. Technique de l'examen du sang. (*Méd. mod.*, 21 juil.) — Jordan. La technique de la coloration du sang pour les examens microscopiques avec la solution de Ehrlich. (*Med. Record*, 5 juin.) Latschenberger. Transformations physiologiques des globules rouges. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 22.) — Gulland. Des leucocytes granulaires. (*Rep. lab. roy. coll. phys. Edinb.*, VI, p. 52.) — Bloch. Physiologie du sang. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Jacob. Pouvoir protecteur des leucocytes. (*Zeit. f. klin. Med.* XXXII, p. 466 et *Arch. f. Phys.*, p. 391.) — Buchner. Chimiotaxie des leucocytes. (*Hyg. Rundschau*, VI, p. 1071.) — Fermi. De l'action sur les enzymes du sérum du sang. (*Cent. f. Bakt.*, 1, XXII, p. 1.) — Delezenne. Sur la coagulation du sang chez les reptiles. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — Delezenne. Sur la coagulation du sang chez les batraciens et les poissons. (*Ibid.*, 22 mai.) — Delezenne. Sur la coagulation du sang chez les vertébrés. (*Ibid.*) — Petrone. De la coagulation du sang. (*Morgagni*, mai.) — D'Anna. Sur l'action des coagulants dans les vaisseaux sanguins. (*Bull. Accad. med. Roma*, p. 483, 1896.) — Guinard et Dumarest. Atténuation spontanée de la toxicité des sérums normaux et pathologiques. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Guinard et Dumarest. Détermination de la toxicité du sérum sanguin ; technique et résultats. (*Ibid.*, 1er mai.) — Guinard et Dumarest. Variation de la toxicité du sérum sanguin dans certaines infections expérimentales. (*Ibid.*, 22 mai.) — Bezancon et Griffon. Pouvoir agglutinatif du sérum dans les infections expérimentales et humaines à pneumocoques. (*Ibid.*, 5 juin.) — Delezenne. Action du sérum d'anguille et des extraits d'organes sur la coagulation du sang. (*Arch. de phys.*, IX, p. 646.) — Roux. De l'hyperglobulie des hautes altitudes, (*Province med.*, 30 janv.) — Recherches sur l'influence du climat d'altitude sur la constitution du sang : 1° E. Veillon. Sur l'hémomètre de Fleischl-Miesch ; 2° Egger. Observations faites sur

Digitized by Google

l'homme et sur le lapin, sur l'influence du climat d'Arosa (Grisons, 1,890 mètres) sur le sang; 3° J. Karcher, E. Veillon et F. Suter. Sur la modification du sang dans un voyage de Bâle (266 mètres) à Chambéry (1,052 mètres) à Serneus et à Langenbruck (700 mètres); 4° A. Jaquet. Sur la physiologie des climats d'altitude. (*Archiv. f. exper. Path. u. Pharm.*, XXXIX, p. 385-464.) — Ferrari. Recherches globulimétriques dans les états émotionnels. (*Riv. di patol. nerv.*, II. p. 306.) — London. Des propriétés bactéricides du sang dans l'excitation douloureuse, dans l'inanition et dans les troubles respiratoires. (*Arch. sc. biol. St-Pétersb.*, V, p. 197.) — H. Michaelis et W. Cohn-Stein. Expérience de cours démontrant les propriétés acides du sang. (*Archiv für Physiologie*, p. 392.) — Ide. Méthode de dosage de l'hémoglobine. (*Medicine*, juin.) — Cornet. Recherches pharmacologiques sur l'hémoglobine. (*Progrès méd.*, 24 avril.) — Minakow. Action de la formaldéhyde et de l'alcool sur le sang et sur l'hémoglobine. (*Cent. f. allg. Pathol.*, 1er avril.) — Stockman. Analyses du fer du foie et de la rate dans diverses affections du sang. (*Rep. lab. roy. coll. Edinb.*, VI, p. 203.) — Moerner. De la nature des cristaux d'hémine. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 1.) — Bialobzzeski. De la composition chimique de l'hémine et de l'hématine obtenues par des procédés différents. (*Arch. sc. biol. St-Pétersb.*, V, p. 233.) — Nencki. Sur les rapports étiologiques entre la matière colorante des feuilles et celle du sang. (*Ibid.*, V, p. 254.) — Bosc et Delezenne. Imputrescence du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue. (*N. Montpellier Méd.*, 10 avril.) — Eger. De la régénération du sang et de ses parties constituantes après les hémorragies, action du fer sur ce processus. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 335.) — Hare. Emploi des injections salines intra-veineuses pour le lavage du sang. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Jolly. Action des solutions salées sur les mouvements amiboïdes des globules blancs in-vitro. (*Soc. de biol.*, 17 juil.) — Insoutroff. Du lavage du sang. (*Thèse de Toulouse.*) — Barré. Sur un procédé de désintoxication du sang par la saignée combinée à la transfusion saline. (*Bull. Acad. de méd.*, 2 fév.) — Dassonville. De quelques indications thérapeutiques de la saignée. (*Thèse de Lille.*) — Dalché. Lavages du sang dans une infection à streptocoques (endocardite infectieuse), guérison. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 janv.)

Sarcome. — Glaeser. Sarcomatose multiple avec fièvre récurrente. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 16 juin.) — Schulte-Cranwinkel. Sarcome de la région inguinale. (*Thèse de Wurzbourg.*)

Saturnisme. Pell. Etiologie de l'intoxication saturnine. (*Cent. f. inn. Med.*, 12 juin.) — Mesnard. Quelques formes cliniques insolites de l'intoxication saturnine. (*Ann. policlin., Bordeaux*, juil.) — Wood. Empoisonnement saturnin, symptômes rares. (*Med. News*, 29 mai.) — Ceni. Pathogénie des paralysies saturnines. (*Arch. f. Psych.*, XXIX, p. 566.) — Launois. Parotidite unilatérale chez un saturnin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 fév.) — Alvazzi-Delfrate. De l'ulcère du duodénum chez les saturnins. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, mars.) — Combemale. Les saturnins devant le typhus exanthématique. (*Écho méd. Nord*, 20 juin.)

Scarlatine. — Behla. Etude de la scarlatine chez les animaux. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 777.) — Charpentier. La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896, étude statistique et clinique. (*Thèse de Paris.*) — Comby. La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 fév.) — Lemoine. Eruption scarlatineuse localisée à la face. (*Ibid.*, 29 janv.) — Sevestre. La leucocytose de la scarlatine. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 225.) — Millien. De l'orchite scarlatineuse. (*Thèse de Paris.*)

Digitized by Google

Sclérodermie. — Elliot. Scléroderme multiple circonscrit chez un malade atteint d'atrophie musculaire progressive. (*J. of cut. dis.*, mai.) — Darier et Gastou. Sclérodermie en plaques de type insolite. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 451.) — Marty. De la sclérodermie, son traitement par KI à haute dose. (*Thèse de Toulouse.*) — Philippson. Traitement de la sclérodermie. (*Deut. med. Woch.*, 12 août.)

Scorbut. — Leard. Un cas de scorbut infantile. (*Med. Record*, 8 mai.) — Lasnet. Sur quelques cas de scorbut dans la haute Casamance. (*Arch. de méd. nav.*, juin.)

Septicémie. — Stoicesco et Babes. Un cas de septicémie hémorragique cryptogène. (*Wien. klin. Rundschau*, 16 mai.) — Gvosdinsky. Un cas de septico-pyémie hémorragique cryptogène. (*Archiv. russes de pathol.*, mars.) - Way. Sur une septicémie provoquée par l'entrée dans le sang et dans les lymphatiques des exsudats limoneux dont sont recouverts les poissons. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 mai.) — Wallach. 2 cas d'ophtalmie métastatique par septicémie. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Ferrand. Sur un cas d'agglutination du bacille d'Eberth, observée dans une septicémie à streptocoque. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 janv.) — Groth. Septicémie traitée avec succès par le sérum antistreptococcique. (*Lancet*, 14 août.) — Thomassen. Une nouvelle septicémie des veaux avec néphrite et urocystite consécutives. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 522).

Serpent. — Fraser. Propriétés antivenimeuses de la bile des serpents et d'autres animaux. (*Brit. med. j.*, 17 juil.) — Moreau. Morsure de vipère traitée par le sérum de Calmette. (*Bull. méd.*, 4 juil.) — Marchand. Morsure de vipère traitée avec succès par le sérum de Calmette. (*Ibid.*, 8 août.) — De Lavigne. Un cas de piqûre de serpent guéri par le sérum antivénimeux de Calmette. (*Arch. de méd. nav.*, juin.)

Sérothérapie. — Mlle Mouren. Le sérum artificiel employé comme traitement de la débilité congénitale. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Hormann. L'eau froide et les injections de sérum en chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — Belin. Injection intraveineuse de sérum artificiel, 17 cas nouveaux. (*J. de méd. Paris*, 6 juin.) — Allen. Sérum thérapie. (*J. Amer. med. Ass.*, 29 mai.) — Chevretin. Présence du plomb dans certains sérums. (*J. de pharm.*, 15 juin.) — Pane. De la valeur d'immunisation du sérum antipneumonique. (*Cent. f. Bakt.*, XXI, p. 664.) — Pane. Sur l'efficacité curative du sérum antipneumonique provenant de divers animaux immunisés. (*Riforma med.*, 5 avril.) — Courmont. Le sérum de Marmorek n'immunise pas le lapin contre le streptocoque de l'érysipèle. (*Lyon méd.*, 25 avril.) — Soloview. Observation clinique d'un cheval immunisé en vue de la récolte du sérum antistreptococcique. (*Vratch*, 19 juin.) — Van de Velde. De la nécessité d'un sérum antistreptococcique polyvalent pour combattre les streptococcies chez le lapin. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 835.) — Weir. Emploi du sérum de Marmorek. (*N.-York med. j.*, 12 juin.) — Bokenham. Sérothérapie de l'empoisonnement du sang, emploi du sérum antistreptococcique. (*Brit. med. j.*, 22 mai.) — Lilienthal. Sérothérapie dans les maladies infectieuses aiguës chirurgicales. (*Med. News*, 17 juil.) — Béclère, Chambon et Ménard. De l'influence du chauffage des sérums sur la prophylaxie des accidents post-sérothérapiques. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 janv.) — Dignat. Accidents consécutifs aux injections hypodermiques de sérum artificiel. (*J. de méd. Paris*, 16 mai.) — Daut. Statistique des exanthèmes sérothérapiques. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 289.)

Digitized by Google

Sommeil. — Howell. La physiologie du sommeil. (*J. of exper. med.*, II, p. 313.) — Janet. L'insomnie par idée fixe subconsciente. (*Presse méd.*, 28 juil.)

Strabisme. — Luzzato. Etiologie du strabisme. (*Gaz. d. Osped*, 1er août.) — Prentice. Théories du strabisme. (*N.-York med. j.*, 24 juil.) — Gaudenzi. Sur la perversion des perceptions visuelles de l'espace dans le strabisme alterne. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, mars.) — Meany. Quelques notes sur le strabisme. (*J. Amer. med. Ass.*, 29 mai.) — Viollet. Strabisme consécutif à une cautérisation de la muqueuse nasale. (*Ann. d'ocul.*, juin) — Schwarzchild. Efficacité du traitement non chirurgical dans certaines variétés de strabisme. (*N.-York med. j.*, 22 mai.)

Sueur. — Arloing. La toxicité de la sueur de l'homme, ses variations, ses rapports avec la toxicité urinaire. (*Soc. de biol.*, 29 mai.) — Arloing. De l'intoxication par la sueur de l'homme sain. (*Acad. des Sc.*, 26 juil.) — Arloing. L'intoxication par la sueur de l'homme sain. (*Ibid.*, 2 août.) — Mlle Riabova. Emploi de la sauge dans le traitement des sueurs profuses. (*These de Montpellier.*)

Surdi-mutité. — Hamon du Fougeray. Sur les diverses lésions de l'oreille, du nez et du pharynx que l'on observe chez les enfants placés dans les institutions de sourds-muets; importance de leur traitement. (*Soc. franç. d'otol.*, mai.) — Sendziak. Traitement de la surdi-mutité par l'opération des tumeurs adénoïdes. (*Laryngoscope*, avril.) — Muralt. Les exercices d'audition pour sourds-muets d'Urbantschitsch. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.)

Syphilis. — Winkler. Sur des corpuscules caractéristiques des productions syphilitiques. (*Wiener klin. Woch.*, 29 avril.) — Hochsinger. Une nouvelle théorie sur l'infection syphilitique congénitale. (*Wiener méd. Woch.*, 19 juin.) — Morel-Lavallée. Des phases de dénutrition survenant à l'état de phénomène isolé et spontané au cours de l'évolution silencieuse de la syphilis. (*Méd. mod.*, 19 mai.) — Nordheim. Statistique de la syphilis congénitale. (*Thèse de Munich.*) — Tarassevitch. Contagiosités syphilitiques tardives, tertiaires. (*Thèse de Paris.*) — Brocq. Sur un cas méconnu de syphilis héréditaire tardive, (*Presse méd.*, 30 juin.) — Muenchheimer. De l'infection syphilitique extra-génitale. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 191.) — Gebert. Epidémie de syphilis extra-génitale, 7 cas dans trois familles. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 oct. 1896.) — Du Castel. Epithélioma et chancre syphilitique de la lèvre. (*Journ. méd. et chir. prat.*, 10 juin.) — Lesné. Un cas de quatre chancres indurés de la face. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 738.) — Béclère. Chancre syphilitique de la gencive supérieure à la face interne. (*Ibid.*, VIII, p. 489.) — Marmonier. Deux observations de chancres syphilitiques de la joue. (*Dauphiné méd.*, mai.) — Boix. 2 cas de chancres syphilitiques de la joue, (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Le Pileur. Récidives in situ d'accidents trophonévrotiques dans la 2e année de la syphilis. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 539.) — Moller. Syphilis maligne. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 14.) — Barthélemy. De quelques anomalies dans les symptômes et dans l'évolution de chancres syphilitiques et de syphylides ulcéreuses. (*J. de méd. Paris*, 15 août.) — Hjelman. Persistance des altérations histopathologiques des tissus dans la syphilis. (*Nord. med. Arkiv*, VII, 1.) — Murray. Syphilis dans la grossesse. (*Med. News*, 19 juin.) — Inschtschenko. Affections syphilitiques précoces du système nerveux. (*Cent. f. Nerv.*, mai.) — Barthélemy. Hérédo-syphilis et para-hérédo-syphilis di-

Digitized by Google

recte; tares du système nerveux. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 757.) — CHRISTIAN. Quelques cas de démence syphylitique. (*Ann. méd. psych.*, juil.) — PASTOWSKY. Du diagnostic des psychoses syphilitiques. (*Revue de psych. russe*, janv.) — GRAVAGNA. Myélite chronique syphilitique. (*Gaz. d. Osped.*, 13 juin.) — SCHWANHARD. De la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique. (*Thèse de Paris.*) — GROSZ. Névrite multiple à la période secondaire de la syphilis. (*Wien. klin. Woch.*, 17 juin.) — THIBIERGE. Note sur un cas de syphilides ulcéreuses nerveuses chez un malade atteint de paralysie infantile et ayant respecté le membre atrophié. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 janv.) — HAHN. Des lésions syphilitiques des artères cérébrales. (*Thèse de Munich.*) — HOLPER. Anévrisme multiple de l'aorte et lésion cérébrale d'origine syphylitique. (*Ibid.*) — GUGGENHEIMER. De la dégénérescence graisseuse du cœur chez un nouveau-né syphilitique. (*Thèse de Wurzbourg.*) — BRASLAWSKI. Lésions des ganglions cardiaques dans la syphilis. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — A. ROSENTHAL. Myocardite syphilitique après surmenage à bicyclette. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er fév.) — JOLDBAUER. Un cas de syphylis du cœur. (*Thèse de Munich.*) — BOYER. Sur quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — ROCHON. Pleurésie syphilitique essentielle précoce. (*Méd. mod.*, 24 juil.) — COLE. 2 cas de syphilis du foie. (*Med. News*, 26 juin.) — LODER. Syphilis congénitale du foie, du poumon et du rein. (*Thèse de Wurzbourg.*) — MILON. De l'ictère chez les nouveau-nés syphilitiques. (*Thèse de Paris.*) — ANTONELLI. Stigmates ophtalmoscopiques de la syphilis héréditaire. (*Ibid.*) — MAZET. Du chancre syphilitique de la conjonctive. (*Marseille méd.*, 1er mars.) — PELTESOHN. Chancre induré de la conjonctive bulbaire chez une fillette de 8 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 fév.) — ELSCHNIG. Infiltration syphilitique de la conjonctive bulbaire. (*Klin. Mon. f. Aug.*, mai.) — FOURNIER et DOMINICI. Dyschromie cervicale anormale chez une syphilitique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 658.) — BATTIER. Les angines diphtéroïdes de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — DU CASTEL. Langue géographique et gommes syphilitiques du pharynx. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 482.) — LEGRAIN. Mastite syphilitique gommeuse. (*Ibid.*, VIII, p. 500.) — EHRMANN. Pathologie des syphilides. (*Wien. klin. Rundschau*, 20 juin.) — GAUCHER et BARBE. De quelques syphilides zoniformes. (*Presse méd.*, 12 août.) — MOELLER. Des syphilides pustuleuses. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII, 14.) — LE TELLIER. Sur les gommes syphilitiques précoces. (*Thèse de Paris.*) — WALLET. De la nécrose syphilitique du crâne, intervention chirurgicale. (*Ibid.*) — SURMONT et PATOIR. Syphilis ignorée chez deux frères, septicémie staphylococcique au cours d'accidents tertiaires, fièvre et cachexie syphilitiques, influence du traitement spécifique sur la marche de l'infection. (*Écho méd. Nord*, 11 juil.) — DANLOS. Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 562.) — BATAILLE. Lésion syphilitique du membre supérieur, amputation. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — PHILIPPSON. Un cas de syphilide tubéreuse universelle. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 145.) — MELLE. Epididymite syphilitique secondaire et gommeuse. (*Ibid.*, p. 152.) — MASSAZZA et TRUFFI. Epidémie de syphilis à Casatisena. (*Ibid.*, XXXII, p. 273.) — AUGAGNEUR. Du traitement d'épreuve pour le diagnostic différentiel des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques. (*Lyon méd.*, 1er août.) — BREYER. Syphilis et hydrothérapie. (*Wien. med. Woch.*, 5 juin.) — LAPORTE. Sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. (*Thèse de Paris.*) — FOURNIER. Traitement du chancre syphilitique et de ses diverses complications. (*Presse méd.*, 7 juil.) — FOURNIER. Du choix d'un traitement mercuriel. (*Semaine méd.*, 30 juin.) — MAGALHAES. Etude critique sur l'emploi du mercure dans la syphilis. (*Thèse de Paris.*) —

Digitized by Google

Barthélemy. Traitement précoce de la syphilis par le mercure. (*J. de clin. inf.*, 12 août.) — Welander. Mode d'emploi de l'onguent mercuriel. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 257.) — Majouhé. Emploi des emplâtres d'iodol dans quelques affections vénériennes. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXIV, p. 460.) — Krzysztalowicz. De l'hémolum iodo-hydrargyrique dans le traitement de la syphilis. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 163.) — Schneider. L'iodure à hautes doses dans la syphilis tertiaire. (*Thèse de Munich.*) — Moeller. Technique des injections dans le traitement de la syphilis. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 393.) — Liagre. Sur le traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de sels insolubles de mercure. (*Thèse de Montpellier.*) — Cartier. Du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sublimé. (*Rev. de Thér.*, 1er juin.) — Angelucci. Les injections intraveineuses de sublimé dans la syphilis oculaire. (*La clinica moderna*, 2 juin.) — Seijo. Avantages des injections de benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis. (*Thèse de Paris.*) — Le Pileur. Une salivation grave peut-elle se produire après quatre injections d'huile grise. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 469.) — Abadie. Des injections intra-veineuses de sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis. (*Ibid.*, VIII, p. 511.) Sprecher. Traitement de la syphilis par les injections de calomel. (*Gaz. med. Torino*, 22 juil.) — Epstein. Le traitement de la syphilis par les injections mercurielles insolubles. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 23 juin.) — Wolters. Des modifications locales après les injections intra-musculaires de salicylate de mercure. (*Arch. f. Derm.*, XXXIX, p. 163.) — Epstein. Des embolies pulmonaires après les injections de sels mercuriels non solubles. (*Ibid.*, XL, p. 202.) — Sack. Etat actuel de la sérothérapie syphilitique. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 7 juin.) — La sérothérapie dans la syphilis. (*Presse méd.*, 26 mai.) — Soukow. Sérothérapie de la syphilis. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Wiewiorowsky. Quelques observations sur les modifications du sang pendant le traitement de la syphilis par le sérum. (*Arch. russes de pathol.*, mars.) — Wiewiorowski. Influence des injections du sérum des syphilitiques condylomateux et gommeux sur le sang des malades atteints de formes récentes de syphilis. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Di Giovanni. Nouveaux essais de sérothérapie de la syphilis avec le sérum hydropique d'un syphilitique tertiaire. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 181.) — Colombini et Simonelli. Substitution du NaI à KI dans la syphilis. (*Ibid.*, p. 191.)

T

Teigne. — Bodin. Sur l'origine saprophytique des teignes. (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest*, VI, p. 150). — A. Frick. Favus des paupières supérieures chez un enfant, dû à un chat. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.) — Heuss. Épidémie de favus chez 30 souris d'une maison, due à la fuite d'une souris inoculée. (*Ibid.*, p. 110.) — Frèche. Tricophytie inguinale. (*Ann. policlin. Bordeaux*, mai.) — Leick. Un cas de favus scrotal. (*Deut. med. Woch.*, 29 juill.) — Thin. Bactériologie de l'alopécie areata. (*Brit. med. j.*, 17 juill.) Montoya y Flores. Note sur les caratés (*Ann. de derm.*, VIII, p. 464.)

Température. — Dutto. Recherches calorimétriques sur une marmotte.

Digitized by Google

(*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 210.) — I. Rosenthal. Recherches calorimétriques. (*Arch. f. Phys.*, p. 171.) — Sakowitch. Action sur la température du corps de la substance grise du 3e ventricule et des couches optiques. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Vernon. Rapports des échanges respiratoires des animaux à sang froid avec la température. (*J. of phys.*, XXI, p. 413.) — Fawcett et White. Influence de la respiration artificielle et du tétrahydronaphtolamine B sur la température. (*Ibid.*, XXI, p. 435.) — Studewski. Essai de comparaison de la quantité de chaleur (calculée d'après Rubner) par l'échange avec la quantité calculée par le calorimètre chez les chiens normaux, fébricitants et en état de grossesse. (*Thèse de St-Petersb.*) — White. Des causes qui maintiennent la température du corps à l'état de santé et de maladie. (*Lancet*, 19 juin.) — Guillemet. Température excessive indépendante de tout accident infectieux et d'une affection viscérale chez une accouchée depuis onze jours. (*Gaz. méd. Nantes*, 5 juin.)

Tendon. — Pancritius. Du lipome symétrique multiple de la gaine des tendons. (*Thèse de Marbourg.*) — Tissot. Fibrome fasciculé de la gaine tendineuse de l'index droit. (*Dauphiné méd.*, avril.) — Smith. Luxation des tendons péroniers, opération. (*Brit. med. j.*, 15 mai.) — Friaque. Ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. (*Thèse de Paris.*) — Vandernnissen. Rupture tendineuse bilatérale du triceps fémoral. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Houel. Note pour servir à l'étude des sutures tendineuses. (*Écho méd. Nord*, 1er août.)

Ténia. — Barrois. Notes statistiques sur 60 cas de ténias observés chez l'homme à Fresnes et dans les environs. (*Écho méd. Nord*, 30 mai.) — Von Ratz. Nouveau ténia. (*Cent. f. Bakt.*, 1 Abth., XXI, p. 405.)

Testicule. — Benda. Histogenèse des spermatozoïdes des mammifères. (*Arch. f. Phys.*, p. 406.) — Bouin. Sur l'évolution normale et l'involution du tube séminifère. (*Arch. d'anat. microsc.*, I, 2.) — Regaud. Les vaisseaux lymphatiques du testicule. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Regaud. Les faux endothéliums de la surface des tubes séminifères. (*Ibid.*) — Regaud. Les vaisseaux lymphatiques du testicule et les faux endothéliums de la surface des tubes séminifères. (*Thèse de Lyon.*) — Doflein. Karyokinèse des cellules spermatiques. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 189.) — Hermann. Étude de la spermatogenèse. (*Ibid.*, p. 276.) — Richter. Analyse micro-chimique du sperme. (*Wien. klin. Woch.*, 17 juin.) — Moir. Deux cas d'hydrocèle testiculaire et funiculaire. (*Practitioner*, mai.) — Sebileau. Traitement de l'hydrocèle vaginale. (*Gaz. méd. Paris*, 3 avril.) — Bartholomew. La cure radicale de l'hydrocèle. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 avril.) — Audouin. Du traitement de l'hydrocèle par les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale. (*Thèse de Paris.*) — Verhoogen. Le varicocèle. (*La policlin. Bruxelles*, 1er mai.) — Saussol. Varicocèle et hypochondrie. (*Thèse de Paris.*) — Monbernard. Résultats éloignés du traitement du varicocèle par la résection du scrotum. (*Thèse de Toulouse.*) — English. Le traitement du varicocèle. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 8 juin.) — Doubre. Cure radicale du varicocèle. (*Bull. méd.*, 2 juin.) — Zangemeister. De la périorchite hémorragique chronique. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 77.) — Cohn. De l'atrophie du testicule (*Thèse de Munich.*) — Degrenne. Traitement de la tuberculose des testicules. (*Thèse de Paris.*) — Dimitresco. De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule. (*Thèse de Paris.*) — Quesseveur. De la contusion du testicule et de ses conséquences. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deroyer. Des tumeurs solides du cordon spermatique. (*Thèse de Paris.*) Mencière. Kyste du cordon pris pour une hydrocèle vaginale. (*Gaz. hebd.*

Digitized by Google

Paris, 18 juill.) — THARREAU. Kystes de l'épididyme. (*Thèse de Paris.*) — PILLIET et PASTEAU. Sarcome du cordon inguinal (*Soc. anat. Paris*, 7 mai.) — MICHIELS. Des tumeurs malignes du testicule ectopié. (*Thèse de Bordeaux.*)

Tétanos. — KANTHACK et CONNELL. Les flagella du bacille tétanique. (*J. of path. and bact.*, IV, p, 452.) — MARIE. Sur la toxine tétanique. (*Ann. Inst. Pasteur.* XI, p. 591.)—BLUMENTHAL. Étude du poison tétanique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 325.) — COURMONT et DOYON. Sur l'origine de la toxine tétanique. (*Arch. de phys.*, IX, p. 716.)— COURMONT, DOYON et PAVIOT. Des prétendues lésions cellulaires de la moelle dans le tétanos expérimental du cobaye et du chien. (*Soc. de biol.*, 31 juill.) — SABRAZÈS et RIVIÈRE. Réaction agglutinante du sérum de l'homme et de l'animal tétaniques sur le bacille de Nicolaier. (*Ibid.*, 26 juin.) — HUNTER. Lésions de la moelle dans le tétanos. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — VINCENZI. Altérations histomorphologiques des cellules nerveuses dans le tétanos expérimental. (*Arch. per le sc. med.*, XXI, 1.)— BUROT. Le tétanos à Madagascar. (*Bull. Acad. méd.*, 2 fév.) — LAMBERT. Étude du tétanos et de son traitement. (*N.-York med. j.*, 5 juin.) — RUBESKA. Du tétanos puerpéral. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 1.) — JACOB. Tétanos puerpéral guéri; remarques sur le poison tétanique. (*Deut. med. Woch.*, 10 juin.) — DARIER. Tétanos consécutif à un léger traumatisme de la paupière, mort en trois jours. (*Soc. opht. Paris*, 1er juin.) — MARGNAT. Du traitement du tétanos traumatique. (*Thèse de Paris.*) — POLI. Le traitement du tétanos par les injections de sublimé. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 juin.) — BABINSKI. De l'action du chlorhydrate de morphine dans le tétanos. (*Soc. de biol.*, 19 juin.)— MC CAUSLAND. Le sérum antitétanique contre le tétanos. (*Brit. med. j.*, p. 409, 21 août.) — GOLDSMITH. Tétanos traumatique traité par le sérum et la morphine. (*Ibid.*, 21 août.) — CHALMERS. Tétanos traumatique traité avec succès par l'antitoxine. (*Lancet*, 5 juin.) — BARGELLESI. 2 cas de tétanos guéris par l'antitoxine. (*Gaz. d. Osp.*, 18 avril.) — CAVANDOLI. Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine. (*Ibid.*, 20 juin.) — COKENOWER. Un cas de tétanos traité par le sérum antitétanique; mort. (*J. Americ. med. Ass.*, 27 mars.)

Thérapeutique. — FIESSINGER. La thérapeutique de Leonhard Fuchs. (*Méd. mod.*, 17 juill.) — FIESSINGER. La thérapeutique de Laënnec. (*Rev. intern. de thérap.*, 16 mars.) — RUAIS. Révulsion et vésicatoire dans la thérapeutique infantile, étude historique et clinique. (*Thèse de Paris.*) — HOUGHTON. Comment peut-on accroître l'action thérapeutique des agents médicinaux? (*J. Amer. med. Ass.*, 3 avril.) — SCARPINATO. La méthode hypodermique pour l'administration des purgatifs. (*Arch. di farmacol.*, p. 109, 1896.) — LINDEMANN. L'action thérapeutique des bains de mer dans les affections stomacales. (*Ther. Woch.*, 18 avril.) — CHEYNET. De l'hyoscine, quelques applications thérapeutiques. (*Thèse de Lyon.*) — HUCHARD. Les feuilles de digitale et la digitaline cristallisée. (*J. des praticiens*, 29 mai.) — BEATES. L'usage de la digitaline. (*J. Amer. med. Ass.*, 26 juin.) — DESTRIBATS. Etude thérapeutique de la digitaline. (*Thèse de Bordeaux.*) — HARE. L'action cumulée de la digitale. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — STARCK. De l'emploi thérapeutique de la digitoxine cristallisée de Merck. (*Münch. med. Woch.*, p. 87, 26 janv.) — LIÉGEOIS. Comment il faut prescrire la poudre de Dower. (*J. des Praticiens*, 17 avril.) — POUCHET. Les alcaloïdes des solanées : lesquels faut-il prescrire? (*Ibid.*, 15 mai.) — VAMOSSY. Action des alcaloïdes de l'opium sur les mouvements de l'intestin. (*Deut. med. Woch.*, 15 juill.) — WEBSTER. L'huile de foie de morue, médicament consacré par le temps. (*J. Amer. med. Ass.*, 3 avril.) — GELLHORN. La thérapie ferrugineuse.

Digitized by Google

(*Therap. Mon.*, mai.) — Lépine. Sur l'absorption du fer et sur les injections sous-cutanées de sels de ce métal. (*Semaine méd.*, 26 mai.) — Briquet. Le traitement ioduré, physiologie, indications et mode d'emploi. (In-8°, 370 p., *Lille.*) — Linossier et Lannois. Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle. (*Bull. gén. de thérap.*. 15 mai.) — Peters. Action des dissolvants uriques. (*Ther. Woch.*, 18 avril.) — Gilbert et Yvon. De l'anilipyrine et de son emploi en thérapeutique. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — Pello. Le pouvoir nutritif et reconstituant de la somatose, spécialement chez les enfants. (*Morgagni*, mai.) — Galliard. Sur le bleu de méthylène. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juin.) — Baqué. Du salophène et de ses propriétés thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Marshall. Calculs de salol. (*Brit. med. j.*, 10 juill.) — Duplessis. De l'emploi en thérapeutique du salicylate de méthyle. (*Thèse de Paris.*) — Filehne. Du pyramidone. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 509.) — Burg. Étude clinique et thérapeutique sur le pyramidone. (*Thèse de Lyon.*) — Feydel. Toxicité de l'acide silicique, étude thérapeutique. (*Thèse de Toulouse.*) — Bailey. L'usage de la protonucléine dans les maladies contagieuses et non contagieuses (*J. Americ. med. Ass.*, 3 avril.) — Kœnig. Emploi thérapeutique du chinosol. (*Thèse de Berlin.*) — Genévrier. Du phosphate de guaïacol dans ses propriétés chimiques et thérapeutiques. (*Thèse de Paris.*) — Gröll. L'airol. (*Dauphiné méd.*, mars.) — Verclytte. Sur la valeur clinique de la tannalbine. (*Thèse de Lille.*) — Kolbl. Valeur thérapeutique du tannigène. (*Vien. med. Presse*, 25 juill.)

Thorax. — Du Bois-Reymond. Modèle des côtes et de l'action des intercostaux. (*Arch. f. Phys.*, p. 152.) — Danlos. Côte cervicale surnuméraire simulant un anévrisme de l'artère sous-clavière. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 juin.) — Duplay. Exostose du creux sous-claviculaire naissant de la 7e vertèbre cervicale, 7e côte cervicale. (*Bull. méd.*, 26 mai.) — Bomnueter. De la thoracoplastie. (*Thèse de Greifswald.*)

Thyroïde. — Soulié et Verdun. Sur les premiers stades du développement de la thyroïde médiane. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Otto. Anatomie comparée de la thyroïde et du thymus. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Verdun. Des glandes thyroïdes chez les mammifères et chez l'homme. (*Thèse de Toulouse.*) — Mirva et Stoeltzner. L'iode est-il une partie constituante de la glande thyroïde? (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 83.) — Gley. Présence de l'iode dans les glandules parathyroïdes. (*Acad. des Sc.*, 2 août.) — Jolin. Sur la teneur en iode des goitres suédois. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 35.) — Vassale et Donaggio. Les altérations de la moelle chez les chiens opérés d'extirpation des glandes parathyroïdiennes. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII. p. 124.) — Pokrovsky. Influence de l'extirpation du corps thyroïde chez le chien, sur la quantité et les qualités des globules blancs du sang. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, V, p. 319.) — S. Goldberg. Influence de la thyroïdectomie chez les jeunes animaux sur le développement de l'organisme et principalement du crâne et du cerveau. (*Arch. russes de pathol.*, juin.) — Wormser. Expériences sur le corps thyroïde. (*Arch. f. die ges. Phys.*, LXVII, p. 505.) — Seldowitsch. Thyroïde accessoire de la base de la langue, développement du myxœdème après son ablation. (*Cent. f. Chir.*, 1er mai.) — Critchmaroff. De l'iodothyrine et son action thérapeutique dans les goitres. (*Thèse de Lyon.*) — Tikanadze. Influence de la thyroïdine sur l'assimilation des graisses alimentaires chez l'homme sain. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Douglas. Influence de l'ingestion thyroïdienne sur le métabolisme protéique. (*Rep. labor. roy. college Edinburgh*, VI, p. 181.) — Kinnicutt. Traitement des sécrétions internes. (*Amer. j. of the med. sc.*, juill.) — Cullerre. La médication thyroïdienne. (*Ann. méd. psych.*, juill.) — Riedel.

Digitized by Google

Thyroïdite chronique. (26e *Cong. de chir. Berlin*, avril.) — DELORE. Un cas d'onanisme par atrophie du corps thyroïde. (*Lyon méd.*, 1er août.) — PAUL. Des tumeurs et hypertrophies du corps thyroïde. (*Brit. med. j.*, 3 juill.) — MUZIO. Sur un cas de tumeur colloïde de la région du cou chez une femme atteinte de goitre (*Giorn. Accad. med. Torino*, mars.) — ERLANGER. Goitre colloïde sarcomateux avec métastases dans le poumon. (*Thèse de Wurzbourg.*) — DEPAGE. A propos du goitre en Belgique. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — THIRIAR. Traitement du goitre (*Ibid.*, 15 avril.) — SHEPHERD. Chirurgie du goitre. (*Practitioner*, août.) — SELLERIER. Pathogénie de la maladie de Basedow. (*Thèse de Paris.*) — VALENÇON. Du goitre exophtalmique : symptômes, pathogénie, traitement. (*Gaz. des hôp.*, 19 juin.) — HAEMIG. Recherches anatomiques sur la maladie de Basedow. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 1.) — RICHE. Interprétation nouvelle du goitre exophtalmique. (*Gaz. heb. Paris*, 2 mai.) — CHOLMOGOROFF. Influence de la grossesse sur la maladie de Basedow. (*Mon. f. Geburts.*, V, 4.) — P. MARIE. Maladie de Basedow et goitre basedowifié ; considérations cliniques et thérapeutiques. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 janv.) — SOUQUES et MARINESCO. Goitre exophtalmique compliqué de diabète sucré. (*Bull. méd.*, 16 juin.) — PITRES. Diabète sucré compliqué de goitre exophtalmique. (*Ibid.*, 18 août.) — LÉTIENNE et ARNAL. Télangiectasies multiples chez une basedowienne. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — MAUDE. Les symptômes palpébraux dans le goitre exophtalmique. (*Edinb. med. j.*, août.) — DESCHAMPS et PERRIOL. Un cas de goitre exophtalmique avec lésions oculaires graves. (*Dauphiné méd.*, mars.) — SPALDING. Goitre exophtalmique dans lequel l'énucléation des deux yeux fut nécessaire pour panophtalmie. (*Med. News*, 17 juill.) — LEWINNEK. Complication du mal de Basedow par le tabes. (*Thèse de Wurzbourg.*) — COBB. Le goitre exophtalmique. (*N.-York med. j.*, 3 juill.) — NAMMACK. Goitre exophtalmique traité par le thymus. (*Ibid.*) — SEELIGMANN. Traitement de la maladie de Basedow par le suc ovarien. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 24 juill.) — BLOTTIÈRE. Sur le traitement du goitre exophtalmique (*Thèse de Paris.*) — DEBOVE. Note sur un cas de goitre exophtalmique traité par la thyroïdectomie partielle. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 janv.) — VERHOEF. Thyroïdectomie pour un cas de maladie de Basedow. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — DESGUIN. Thyroïdectomie pour maladie de Basedow (*Ibid.*, 15 juin.) — SURREL. Des accidents qui peuvent compliquer l'intervention chirurgicale dans le goitre exopthalmique. (*Thèse de Paris.*)

Torticolis. — Risien RUSSELL. Recherches sur les rapports des racines des nerfs cervicaux et thoraciques avec le torticolis. (*Brain*, n° 77.) — HENDRIX. Du torticolis. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er avril.) — RAPIN. Du torticolis aigu, pathogénie, traitement par l'extension continue. (*Thèse de Bordeaux.*) — COTTON. Torticolis spasmodique traité par l'extrait thyroïdien. (*Brit. med. j.*, 24 juill.) — PECH. De la ténotomie à ciel ouvert comme méthode de choix dans le traitement du torticolis musculaire chronique. (*Thèse de Montpellier.*)

Trachée. — RICHET. Des injections d'eau chaude et substances médicamenteuses dans les poumons par la trachée. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — THOMPSON. Les injections trachéales dans le traitement des inflammations laryngées et pulmonaires. (*J. Amer. med. Ass.*, 26 juin.)

Tremblement. — ESHNER. Étude graphique du tremblement. (*J. of exper. med.*, II, p. 301.) — ESHNER. Un cas de tremblement congénital. (*Medicine*, mai.) WERTHEIM-SALOMONSON. Étude du tremblement. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, X, p. 243.)

Digitized by Google

Tuberculose. — Craig. Morphologie du bacille tuberculeux. (*Medicine*, juin.) — Von Ruck. Valeur clinique des produits de culture du bacille tuberculeux. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.) — Gibier. Réaction colorante du bacille tuberculeux sur d'autres microbes. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Péron. Tentatives d'immunisation du cobaye contre les effets des bacilles tuberculeux humains tués. (*Ibid.*, 1er mai.) — De Schweinitz et Dorset. Quelques produits du bacille tuberculeux, traitement de la tuberculose expérimentale avec le sérum. (*N.-York med. j.*, 24 juill.) — Lannelongue et Achard. Sur l'immunité des gallinacés contre la tuberculose humaine. (*Acad. des Sc.*, 26 avril.) — Bataillon et Terre. La forme saprophytique de la tuberculose humaine et aviaire. (*Ibid.*, 14 juin.) — Bataillon, Dubard et Terre. Un nouveau type de tuberculose. (*Soc. de biol.*, 8 mai.) — Dubard. Une 3e tuberculose : tuberculosis piscium. (*Bull. méd.*, 30 juin.) — Auclair. La tuberculose humaine chez le pigeon, recherches sur la localisation du bacille tuberculeux humain dans l'organisme de cet oiseau. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 277.) — Apostolopoulos. Histologie de la pseudotuberculose. (*Thèse de Tubingue.* — Palamidessi. La tuberculose humaine chez les cobayes et les injections iodées. (*Morgagni*, juill.) — Schmidt. De l'hérédité de la tuberculose. (*Thèse d'Erlangen.*) — Baratier. La tuberculose au village. (*Tribune méd.*, 4 août.) — Kirkpatrick. La dissémination de la tuberculose par le lait. (*Dublin j.*, mai.) — Brunon. La tuberculose dans les hôpitaux de Rouen. (*Bull. méd.*, 20 juin.) — Niven. La notification de la tuberculose. (*Lancet*, 1er mai.) — May. Contribution à la statistique de la tuberculose en Bavière, (*Münch. med. Woch.*, p. 253, 9 mars.) — Burney Yeo. Pathologie de la tuberculose pulmonaire. (*Lancet*, 24 juill.) — Vandamme. Des troubles gastriques au début de la tuberculose. (*La policlin. Bruxelles*, 15 juin.) — Mathieu et Nattan Larrier. Tuberculose du péricarde et du cœur, consécutive à une adénopathie trachéobronchique; granulie. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mai.) — Merklen. De la fièvre dans le pneumothorax tuberculeux. (*Presse méd.*, 29 mai.) — Marsh. Tuberculose sénile et ulcérations sous-cutanées. (*London med. Soc.*, 26 avril.) — Askanazy. Des intumescences ou tumeurs tuberculeuses. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 360.) — Hallopeau et Laffitte. Sur une forme papulo-erythémateuse de tuberculides. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 750.) — Fournier. Tuberculose cutanée améliorée par les injections de calomel. (*Ibid.*, VIII, p. 545.) — Hamant. Sur le traitement de certaines formes d'ulcérations tuberculeuses par des applications de préparations belladonées. (*Bull. méd.*, 11 juill.) — Laurent. Sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux. (*Thèse de Paris.*) — Kaurin. Rapport sur un voyage d'étude aux établissements de tuberculeux de l'Allemagne et de la Suisse. (*Norsk. Mag.*, fév.) — Walters. Sanatoria allemands pour la tuberculose. (*Lancet*, 14 août.) — Hamilton. Prophylaxie de la tuberculose. (*J. Amer. med. Ass.*, 12 juin.) — Borland. La curabilité de la tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*, 17 juill.) — De Lancey-Rochester. Sur le traitement de la tuberculose. (*Ibid.*, 10 juill.) — Tillotson. Le traitement des phtisiques. (*Ibid.*, 3 avril.) — Deschamps. Étude critique du traitement de la phtisie pulmonaire. (*Thèse de Bordeaux.*) — Volland. Du traitement de la phtisie pulmonaire. (*Ther. Mon.*, juin.) — Hirschfelder. Traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Med. News*, 3 juill.) — Rose. L'alimentation appropriée, le facteur le plus important du traitement de la tuberculose pulmonaire. (*N.-York med. j.*, 29 mai.) — Gallavardin. Traitement alimentaire de la phtisie pulmonaire. (*Lyon méd.*, 18 juill.) — Hardie. Traitement climatique de la consomption pulmonaire. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.) — Campbell. Tuberculose et climat. (*Med. Record*, 12 juin.) — Guttmann. Le traitement climatérique de la tuberculose pulmonaire. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 26 juin.) — Fletcher Ingals.

Digitized by Google

Le traitement antiseptique et la limitation du traitement climatérique de la tuberculose pulmonaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 15 mai.) — KNOPF. Aérothérapie et hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire. (*N.-York med. j.*, 24 juill.) — TRANCHINA. Influence comparée de l'iode et du guaïacol sur la température des phtisiques. (*Arch. di farmacol.*, p. 413, 1896.) — KING. Action des nucléines dans la tuberculose. (*Med. News*, 22 mai.) — CROOK. De la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Med. Record*, 27 mars.) — LEPELLETIER. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rétro-nasales pharyngo-thoraciques. (*Thèse de Paris.*) — TARRADE. De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale, de l'efficacité des phosphates de chaux dans son traitement. (*Thèse de Paris.*) — GUILLERMIN. La phénacétine dans la fièvre des tuberculeux. (*Thèse de Lyon.*) — LÉPINE. Tuberculose traitée par l'application d'un collier en caoutchouc rempli d'eau chaude. (*Lyon méd.*, 30 mai.) — DUBOIS. Traitement de la tuberculose par le mercure. (*Bull. Acad. de méd.*, 2 fév.) — ANDERSON. Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'ichtyol. (*Thèse de Munich.*) — ARNDT. Emploi de la tuberculine en médecine vétérinaire. (*Deut. med. Woch.*, 29 avril.) — TRUDEAU. L'épreuve par la tuberculine dans la tuberculose pulmonaire au début. (*Med. News*, 29 mai.) — DE NENCKI, DE MACZEWSKI et DE LOGUCKI. Sur la nouvelle tuberculine. (*Presse méd.*, 5 juin.) — MARAGLIANO. Sur la nouvelle tuberculine de Koch. (*Soc. de biol.*, 12 juin.) — ROMME. La nouvelle tuberculine de Koch et la théorie des sucs plasmatiques de Buchner. (*Rev. gén. des sc.*, 15 mai.) — DOUTRELEPONT. Sur l'emploi de la nouvelle tuberculine de Koch. (*Deut. med. Woch.*, 19 août.) — LEICK, RUMPF, MUELLER, BAUDACH. *Idem.* (*Ibid.*) — HERZFELD. La tuberculine R. dans la tuberculose laryngée. (*Ibid.*) — FELETTI. Recherches sur le sérum antituberculeux. (*Acad. sc. nat. Catania*, 7 mars.) — PRIOLEAU. Le sérum antituberculeux de Paquin. (*N.-York med. j.*, 26 juin.) — PAQUIN. Cas de tuberculose traités par le sérum antituberculeux. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — DE SCHWEINITZ. Le sérum antitoxique de la tuberculose. (*Ibid.*, 17 juill.) — DEVAY. Tuberculose pulmonaire aiguë, sérothérapie par la méthode de Maragliano : résultats négatifs. (*Écho méd. Lyon*, 15 mai.) — SEARTI. Deux cas d'infection tuberculeuse guéris par le sérum de Maragliano. (*Gaz. med. Lombarda*, 26 avril.) — GIOVANELLI. De la sérothérapie tuberculeuse. (*Gaz. di Osped.*, 25 avril.) — JANSON. Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose chirurgicale. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 318.) — GUINET. Sur la synovite tuberculeuse du cubital postérieur. (*Thèse de Lyon.*) — KIRMISSON et ARDOUIN. Traitement conservateur des tuberculoses osseuses et articulaires de l'enfant. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 290.) — DUBOUSQUET-LABORDERIE. Tuberculose osseuse à foyers multiples, névrite ascendante avec accidents tétaniformes, amputation de la jambe, guérison. (*J. méd. Paris*, 6 juin.) — COUDRAY. Tuberculose osseuse des doigts et de la main ; son traitement. (*La Méd. inf.*, mars.) — GASTOU et DOMINICI. Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied chez une tuberculeuse, amélioration rapide par le calomel en injection intramusculaire fessière. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 740.)

Typhoïde. — IVERSENC. Étude du bacille typhique. (*Thèse de Toulouse.*) — SPEIER. Du passage par le placenta, de la mère au fœtus, du bacille typhique. (*Thèse de Breslau.*) — BESSON. Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde. (*Rev. de méd.*, juin.) — REMLINGER et CAPITAN. Fièvre typhoïde expérimentale par contamination alimentaire. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — CHANTEMESSE et RAMOND. Fièvre typhoïde expérimentale. (*Ibid.*) — STODDART. Nouveau procédé de distinction du bacille typhique du bacille coli. (*J. of path. and bact.*, IV, p. 429.) — GORDON. Le bacille coli : ses variétés, rap-

Digitized by Google

ports avec le bacille typhique. (*Ibid.*, p. 439.) — Kashida. Différenciation du bacille typhique et du bacille coli par la réaction ammoniacale. (*Cent. f. Bakt. 1 Abth.*, XXI, p. 802.) — Malvoz. Sur l'agglutination du bacillus typhosus par des substances chimiques. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 582.) — Remlinger. Sur la sensibilité du bacille d'Eberth aux variations de température. (*Lyon méd.*, 20 juin et *Soc. de biol.*, 3 juill.) — Verekoundoff. Influence du filtre de la ville sur la fièvre typhoïde à Saint-Pétersbourg. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Renard. Épidémie de fièvre typhoïde à Saint-Omer, origine hydrique démontrée. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — Woodbridge. La typhoïde peut-elle avorter? (*J. Amer. med. Ass.*, 10 juill.) — Lévy. L'immunité typhique. (*Wien. klin. Woch.*, 19 août.) — Freyer. De l'immunité supposée des indigènes hindous contre la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — Germano. De la transmission de la fièvre typhoïde par l'air. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIV, p. 403.) — Boley. De la fièvre typhoïde et de ses complications. (*Thèse de Munich.*) — Osler. Les rechutes dans la typhoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — Kourentow. Sur les formes mixtes de la fièvre typhoïde. (*Arch. russes de pathol.*, 31 mai.) — Grocco. Sur le décours de la fièvre dans l'infection typhoïde. (*Settimana med.*, 9 janv.) — Mercier. De l'uro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Gaz des hôp.*, 17 août.) Widal. Sur la question du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Münch. med. Woch.*, p. 202, 23 fév.) — Du Mesnil de Rochemont. Sur la question du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, p. 256, 9 mars.) — Neisser. — Le diagnostic bactérioscopique de la fièvre typhoïde au lit du malade (supériorité de la méthode de Widal : 25 cas). (*Berlin. klin. Woch.*, 25 janv.) — Courmont. 240 cas de séro-diagnostic chez les typhiques. (*Soc. de biol.*, 29 mai et *Lyon méd.*, 20 juin.) — Courmont. La courbe du pouvoir agglutinant chez les typhiques, applications au séro-pronostic. (*Soc. de biol.*, 24 juill. et *Presse méd.*, 31 juill.) — Widal et Sicard. Étude sur le séro-diagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 353.) — Widal et Sicard. Sur l'absorption de la substance agglutinante typhique par le tube digestif et sur sa transmission par l'allaitement. (*Soc. de biol.*, 24 juill.) — Courmont. Propriétés acquises par le sérum des typhiques au cours de la maladie, leurs rapports avec le pouvoir agglutinant. (*Ibid.*, 24 juill.) — Widal et Nobécourt. Dissociation de la propriété immunisante et de la propriété agglutinante. (*Ibid.*, 31 juill.) — Mercier. Du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — Grimbaum. Sur le séro-diagnostic. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — Fison. Séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 31 juill.) — Wright et Semple. Emploi des bactéries mortes dans le séro-diagnostic de la typhoïde et de la fièvre de Malte. (*Ibid.*, 15 mai.) — Bracken. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*N.-York med. j.*, 24 avril.) — Pakes. La séro-réaction typhoïde. (*Lancet*, 29 mai.) — Paterson. Valeur de la réaction d'Ehrlich dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 217.) — Bahuaud. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Arch. méd. d'Angers*, I, p. 421.) — Villiés et Battle. Nouvelle série de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Arch. gén. de méd.*, juill.) — Foerster. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Fortsch. d. Med.*, 1er juin.) — Hugon. Du séro-diagnostic de Widal. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sabrazès et Hugon. Note sur le séro-diagnostic de Widal. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 janv.) — Widal et Sicard. Action des températures élevées sur le pouvoir agglutinatif. (*Ibid.*, 15 janv.) — Rouget. Deux cas de fièvre typhoïde avec séro-réaction tardive. (*Ibid.*, 7 mai.) — Luigi. Contribution au séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Giorn. Accad. med. Torino*, mars.) — Gasser. 200 cas de séro-diagnostic. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juin.) — Fœrster. Recherche sur l'action agglutinante et bactéricide du sérum chez les typhiques. (*Thèse de Breslau.*) —

Digitized by Google

JOHNSTON. Du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Cent. f. Bakt. 1 Abth.*, XXI, p. 523.) — BARTOCHEWITCH. Application de la séro-réaction de Widal à la découverte des bacilles typhiques dans l'eau. (*Vratch*, 10 avril.) — HOFFMANN. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Cent. f. inn. Med.*, 22 mai.) — JOHNSTON. Le séro-diagnostic de la typhoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 17 juill.) — PÉRIER. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants. (*Journ. de méd. Paris.*, 21 mars.) — MC CORMICK. 100 cas de typhoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 juill.) — HERRINGHAM. Fusion et collapsus dans la fièvre typhoïde. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXXII, p. 107). — KAJDAN. Lésion des corpuscules de Meissner de la muqueuse de la langue dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — BULL. Les complications oculaires de la fièvre typhoïde. (*Med. Record*, 24 avril.) — BRAINE-HARTNELL. Névrite optique double dans la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 29 mai.) — MASON. L'infection de la vésicule biliaire dans la typhoïde. (*Boston med. j.*, 13 mai.) — HOELLDAMPF. Des altérations du foie dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Wurzbourg.*) — RICHARDSON. Thrombose marastique des veines intra-craniennes dans la fièvre typhoïde. (*J. of nerv. dis.*, juill.) — LÉPINE et LYONNET. Phlébite oblitérante consécutive aux injections intra-veineuses de toxine typhique. (*Lyon méd.*, 8 août.) — TURAZZA. Gangrène typhique des membres inférieurs. (*Gaz. d. Osped.*, 9 mai.) — GUINON et MEUNIER. Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë associées, séro-diagnostic positif contredit par l'autopsie et rétabli par les ensemencements cadavériques. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, avril.) — WESTBY. Abcès de la paroi abdominale, suite de fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 29 mai.) — SAVATIER. De l'ostéomyélite typhique. (*Thèse de Paris.*) — HUE et HÉBERT. Ostéomyélite aiguë et fièvre typhoïde associées. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — CUTLER. Traitement de la fièvre typhoïde. (*N.-York med. j.*, 12 juin.) — EWART. Nourriture dans la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) — WEST. L'alimentation précoce dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 30 janv.) — SHATTUK. Le régime dans la typhoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 10 juill.) — HEIMSTREET. Les remèdes efficaces dans la typhoïde. (*Ibid.*, 17 avril.) — LASCROUX. Aperçu général historique sur la fièvre typhoïde : la médication par le bain froid avant le XIXe siècle. (*Thèse de Toulouse.*) — HARE. Dix ans de traitement de la typhoïde par les bains froids. (*Med. Record*, 8 mai.) — TESTEVIN. Traitement de la fièvre typhoïde par la balnéothérapie. (*Dauphiné méd.*, avril.) — CARRIEU. Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains tièdes refroidis et les injections intra-veineuses de sérum. (*N. Montpellier méd.*, 27 fév.) — THOMPSON. Bains froids dans la fièvre typhoïde. (*Presbyterian hosp. med. Rep.*, II, p. 15.) — THORNLEY. Des bains froids dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, II, p. 174.) — HARE. Deux années de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. (*Australas. med. Gaz.*, 20 mars.) — MURRAY-GIBBES. Le traitement de la fièvre typhoïde par l'air froid. (*Ibid.*, 24 avril.) — THACKER. Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique. (*Brit. med. j.*, 29 mai.)

U

Ulcère. — LEGRAIN et FRADET. Récidives et complications tardives de l'ulcère de Madagascar. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 781.) — DU CASTEL. Ulcères phé-

Digitized by Google

niqués des jambes. (*Ibid.*, VIII, p. 655.) — Desposses. Traitement des ulcères variqueux. (*Presse méd.*, 19 mai.) — Vaissier. Du traitement des ulcères variqueux par la liqueur de Labarraque. (*Thèse de Paris.*) — Semple. Etat bactériologique des ulcères traités par l'oxygène. (*Lancet*, 29 mai.) — Laurent. Traitement des ulcères et des plaies torpides par la chaleur lumineuse. (*Thèse de Paris.*) — Parrott. Traitement des ulcères chroniques par les greffes de Thiersch. (*Med. News*, 31 juill.) — Chalais. Traitement du mal perforant plantaire par l'élongation des nerfs. (*Thèse de Paris.*)

Urée, urémie. — Nencki et Pavlow. Du lieu où se forme l'urée chez les mammifères. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, V- p. 163.) — Moreigne. Nouvel uréomètre à eau. (*Soc. de biol.*, 1er mai.) — Bohne. Etude expérimentale sur les états urémiques et comateux. (*Thèse de Berlin.*) — Donetti. Des altérations du système nerveux central dans l'urémie expérimentale. (*Soc. de biol.*, 22 mai et *Gaz. d. Osped.*, 30 mai.) — Sacerdotti et Ottolenghi. Sur les altérations des éléments nerveux dans la dyscrasie urémique expérimentale. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 36.) — Damman. Théorie de l'urémie. (*Thèse de Berlin.*) — Gottheiner. Le poison urinaire et l'urémie. (*Ibid.*) — Korovink. Anatomie pathologique de l'urémie. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Ughetti. De l'urémie fébrile. (*Accad. sc. nat. Catania*, 7 mars.) — Gros. Un cas d'urémie fébrile. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Pérochaud. Urémie gastrique ayant simulé le cancer de l'estomac. (*Gaz. méd. Nantes*, 10 juil.) — Germain. Entérite urémique. (*Gaz. d. Osped.*, 9 mai.) — Chochviakow. Lésions de la rétine dans l'urémie aiguë. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Ozenne. Corps fibreux de l'utérus, urémie comateuse foudroyante chez une femme de 50 ans. (*Semaine gyn.*, 15 juin.) — Gallois. L'urémie, la dyspnée urémique, son traitement par l'éther. (*Thèse de Lille.*) — Gallois. Le traitement par l'éther de la dyspnée urémique. (*Nord méd.*, 1er juil.) — Lemoine et Gallois. Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose. (*Soc. de biol.*, 12 juin.) — Le Gendre. Traitement des urémies. (*Soc. de thérap.*, 9 juin.)

Urètre. — Josephson. Diverticules urétraux chez la femme. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 23.) — Guiard. Technique simplifiée de l'auto-cathétérisme antiseptique. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Gourdet. Nouveau système de raccord pour bougies urétrales filiformes. (*Ibid.*, août.) — Lydston. Infection des sondes urétrales. (*Med. News*, 12 juin.) — Wolff. La glycérine pour la stérilisation des sondes molles et élastiques. (*Cent f. krank. d. harn.*, 19 juin.) — Vajda. Sur les injections urétrales. (*Wiener med. Woch.*, 5 juin.) — Guiard. Des urétrites non gonococciques. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Lindsay. Traitement de l'urétrite antérieure aiguë. (*Therap. Gaz.*, 15 juil.) — De Bovis. Spasmes de l'urètre spongieux. (*Gaz. des hôp.*, 20 mai.) — Housset. Des urétrorragies chez l'homme. (*Thèse de Bordeaux.*) — Raoust. Des poches urétrales. (*Thèse de Toulouse.*) — Medvediew. Localisation des rétrécissements organiques de l'urètre. (*Mediz. Obozr.*, mai.) — Pasteau. Sur le rétrécissement de l'urètre chez la femme. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Bazy. Du rétrécissement traumatique tardif de l'urètre membraneux. (*Ibid.*, juil.) — Delbet. Rétrécissement traumatique de l'urètre membraneux. (*Ibid.*, mai.) — Smedowsky. Des rétrécissements tardifs de l'urètre consécutifs aux fractures du bassin. (*Thèse de Lyon.*) — Paquet. Traitement de la rétention d'urine chez les rétrécis. (*Nord méd.*, 11 août.) — Jusseaume, Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre rebelles à la dilatation. (*Thèse de Paris.*) — Newman.

Digitized by Google

Les résultats de l'électrolyse comparés à ceux obtenus par la divulsion ou la section dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. (*Med. Record*, 27 mars.) — Lennander. Traitement de la rupture de l'urètre, 4 cas de rupture de la partie membraneuse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 479.) — Bagot. Du prolapsus complet ou annulaire de la muqueuse urétrale chez la femme. (*Med. News.*, 5 juin.) — Rasch. Traitement de l'épispadias chez la femme et de la fissure inférieure de la vessie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 557.) — Fromm. De l'hypospadias et de l'épispadias. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Lothrop. Un cas d'hypospadias. (*Boston med. Journ.*, 3 juin.) — Carlier. Hypospadias périnéal simulant l'hermaphrodisme. (*Nord méd.*, 15 juin.) — Reure. De l'hypospadias et son traitement, méthode de reconstitution de l'urètre au moyen des greffes autoplastiques de Ollier. (*Thèse de Lyon.*) — Nové-Josserand. Traitement de l'hypospadias, nouvelle méthode. (*Lyon méd.*, 6 juin.) — Flensburg et Vestberg. Des kystes urétraux chez la femme et des tumeurs de l'urètre dans l'enfance. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 24.) — Répiton-Preneuf. Symptômes et traitement des polypes de l'urètre chez la femme. (*Thèse de Lyon.*) — Bovée. Anastomose uretéro-urétrale. (*Ann. of surg.*, janv.) — Bazy. De l'urétrocystoplastie. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Péan. Restauration anaplastique de l'urètre, du vagin, de la vessie et du rectum. (*Ibid.*, et *Bull. Acad. de méd.*, 9 mars.)

Urinaires (Voies). — Melchior. Le bactérium coli dans la pathologie des voies urinaires. (*Cent. f. krank. d. Harn.*, 15 mai.) — Lewis. Rapports de l'oxalurie et de l'excès d'acide urique avec les inflammations génito-urinaires. (*J. of cut. dis.*, juil.) — Wright. Rapports des symptômes oculaires avec l'excrétion urinaire. (*Medicine*, mai.) — Legueu. Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juil.) — Wollau. Importance de l'asepsie dans la chirurgie génito-urinaire. (*Scottish med. j.*, mai.) — Stirling. Asepsie dans la chirurgie génito-urinaire. (*Ibid.*, juin.) — Legueu. Infection urinaire et infection puerpérale. (*J. des Praticiens*, 5 juin.) — Harrison. De quelques suppurations de l'appareil urinaire. (*Lancet*, 26 juin.) — Marx. De l'administration du bleu de méthylène dans les suppurations de l'appareil urinaire. (*Méd. orientale*, avril.) — Guigues. De l'incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme, ses divers traitements. (*Thèse de Lyon.*) — Rochet. Les vieux qui urinent mal, causes de leur dysurie, variétés cliniques. (*Province méd.*, 8 mai.) — Moy. L'urétrotomie interne accompagnant l'ouverture du foyer dans le traitement de l'infiltration d'urine. (*Thèse de Paris.*) — Bazenerie. Du cuivre rouge électrolytique dans le traitement de certaines maladies des voies urinaires. (*Rev. int. d'électrot.*, 14 juin.) — Alexander. Traitement de l'incontinence d'urine. (*Lancet*, 3 juil.)

Urine. — Carron de la Carrière et Moufet. Etude sur l'urine normale de l'enfant. (*Presse méd.*, 21 juil.) — Marfan. Appareil pour recueillir l'urine des nourrissons. (*Soc. méd. des hôp.*, 2 avril.) — Rose. Nouveau procédé pour recueillir séparément chez la femme l'urine des deux reins. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 janv.) — Alezais. De l'urine du cobaye. (*Soc. de biol.* 1er mai et *Arch. de phys.*, IX, p. 576.) — Meillère. Note sur le chimisme urinaire. (*Trib. méd.*, 24 mars.) — Imbert et Astruc. Interprétation de l'acidité urinaire. (*Soc. de biol.*, 15 mai.) — Lindemann. Action des modifications de pression sur la sécrétion urinaire. (*Beit. z. path. Anat.*, XXI, p. 500.) — Sorel. Recherches expérimentales sur le passage des microorganismes dans l'urine. (*Thèse de Toulouse.*) — Macrycostas. De la toxicité

Digitized by Google

urinaire des nouveau-nés. (*Thèse de Paris.*) — Charrin et Riche. Le pouvoir toxique de l'urine des nouveau-nés. (*Soc. de biol.*, 19 juin.) — Labadie-Lagrave, Boix et Noé. Toxicité urinaire chez le cobaye en gestation. (*Ibid.*, 3 juil.) — Rénon. Conservation du pouvoir nutritif et du pouvoir toxique d'une urine maintenue stérile depuis quatre ans. (*Ibid.*, 31 juil.) — Garrod. L'examen spectroscopique de l'urine. (*Edinb. med. j.*, août.) — Schaefer. Courte note historique sur l'examen de l'urine aux temps anciens et modernes. (*Boston med. Journ.*, 24 juin.) — Garcia Duran. La réaction diazoïque. (*Thèse de Valladolid.*) — Umikof. Diazoréaction de l'urine des nourrissons. (*Jahrb. f. Kind.*, XLIV, p. 335.) — Dunlop. L'excrétion d'acide oxalique par l'urine, de l'oxalurie. (*Rep. laborat. roy. College Edinb.*, VI, p. 116.) — De Hartogh. De la peptonurie et de la présence de peptones dans l'urine. (*Thèse de Fribourg-en-B.*) — Reynès. De l'hypoazoturie, sa véritable signification clinique. (*Semaine méd.*, 2 juin.) — Gerhardt. De l'urobiline. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXII, p. 303.) — Denigés. Recherches sur l'urobiline. (*Soc. de biol.*, 20 mars.) — Vitali. Pathogénie et séméiotique de l'urobilinurie. (*Morgagni*, avril.) — Bramwell. Sur un cas de chylurie. (*Brit. med. j.*, 31 juil.) — Bogdanoff-Berezowski. Un cas d'indicanurie. (*Vratch*, 19 juin.) — Malfatti. La réaction de Krüger-Wolff pour l'analyse de l'acide urique de l'urine. (*Wiener klin. Woch.*, 24 juin.) — Landolph. Analyse optique des urines, sucre diabétique thermo-optique positif et négatif. (*Acad. des sc.*, 12 juil.) — Munson. L'apparition du sucre dans les urines ; classification, étiologie, pathologie. (*J. Americ. med. Ass.*, 24 avril.) — Le Goff. Recherche et dosage du sucre dans l'urine par le bleu de méthylène. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 avril.) — Hybbinette. Sur la possibilité de constater la présence de la tyrosine dans l'urine par la sublimisation. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 18.) — Mallat. Sur les urines acétoniques. (*J. de pharm.*, 1er mai.) — Paracca. Recherche de l'acétone dans l'urine des femmes grosses avec fœtus mort. (*Settim. med.*, 5 juin.) — Flatow et Reitzenstein. Dosage des bases xanthiques dans l'urine. (*Deut. med. Woch.*, 3 juin.) — Marcuse. Différenciation des diverses réactions du perchlorure de fer. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 fév.)

Urticaire. — Jackson. Urticaire chronique. (*N.-York med. j.*, 10 juill.) — Rona. De l'urticaire pigmentaire. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 13.) — Gaudier. De l'urticaire œdémateuse de la muqueuse, de la bouche et de l'isthme du gosier. (*Echo méd. Nord*, 8 août.) — Balzer et Griffon. Urticaire chronique à répétition. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 730.) — Dietz. Un cas de dermographisme ou urticaire artificielle. (*Journ. méd. Bruxelles*, 24 juin.) — Campana. L'urticaire. (*Riforma med.*, 24 fév.)

Utérus. — Boyer. L'utérus et le segment utérin inférieur. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 13.) — Herlitzka. De l'innervation de l'utérus. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 83.) — Keiffer. La fonction glandulaire de l'utérus (*Arch. de phys.*, IX, p. 635.) — Pruvost. Relation d'un cas d'utérus double, cinq grossesses. (*Echo médic. Nord*, 2 mai.) — Findley. L'importance de l'examen systématique des détritus utérins et des portions excisées du col. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 mars.) — Bouchet. Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines. (*Thèse de Paris.*) — Duplay et Clados. Contribution à l'étude de la fièvre et des phénomènes infectieux dans les maladies de l'utérus et des annexes. (*Arch. gén. de méd.*, juil.) — Dupuy. La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pilliet et Souligoux. Métrite parenchymateuse hémorragique. (*Prog. méd.*, 8 mai) — Ludewig. De l'endométrite sénile. (*Thèse*

Digitized by Google

de Berlin.) — Audebert. Traitement des tranchées utérines. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 juin.) — Hare. La quinine contre l'inertie utérine. (*Ther. Gaz.*, 15 juil.) — Lutaud. Sur le traitement des métrites. (*J. de méd. Paris*, 22 août.) — Barozzi. Traitement des métrites. (*Presse méd.*, 8 mai.) — Jung. De la régénération de la muqueuse de l'utérus après la cautérisation à la pâte de chlorure de zinc, procédé de Dumontpallier. (*Cent. f. Gyn.*, 8 mai.) — Labusquière. De NaCl en thérapeutique intra-utérine ; de la régénération de la muqueuse de l'utérus. (*Ann. de Gyn.*, juin.) — Boisseau du Rocher. Du traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse, rapport de Reynier. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 307 et *Semaine Gyn.*, 27 avril.) — Bouchard. Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes. (*Thèse de Paris.*) — Peterson. L'emploi de la curette dans l'endométrite puerpérale et chronique. (*Amer. j. of Obst.*, juil.) — Chamiaiew. Sur la méthode de Thure-Brandt dans le traitement des affections génitales de la femme. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Davis. Le traitement des affections septiques périutérines. (*J. Americ. med. Ass.*, 17 avril.) — Péan. Polysalpinx. (*Bull. Acad. de méd.*, 19 janv.) — Reis. Formes nodulaires de la salpingite. (*J. of exp. med.*, II, p. 347.) — Bettmann. Pathologie des trompes. (*Amer. j. of Obst.*, mai.) — Johnson. Un cas de pyosalpinx chez une jeune fille ; remarques sur la technique opératoire spéciale. (*J. Amer. med. Ass.*, 3 avril.) — Cullingworth. De l'hématocèle pelvienne envisagée au point de vue moderne. (*Lancet*, 19 juin.) — Walker. Etude de l'hématocèle pelvienne. (*Rep. lab. Roy. College Edinb.*, VI, p. 247.) — Delore. Hématocolpos et hématométrie consécutifs à un accouchement normal remontant à deux ans. (*Ann. de Gyn.*, juin.) — Montgomery. Collections sanguines pelviennes, incision vaginale. (*Ann. of Gyn.*, juin.) — Kern. Traitement des inflammations de annexes. (*Thèse de Breslau.*) — Carr. Traitement de la salpingite aiguë. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Sellmann. Traitement de la suppuration pelvienne. (*Ibid.*, juin.) — Audiau. Du traitement opératoire des annexites. (*Thèse de Paris.*) — Jonnesco. Castration abdominale totale pour lésions septiques utéro-annexielles. (*Rev. de chir. Bucarest*, mai.) — Rouffart. De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et de ses annexes. (*J. méd. Bruxelles*, 17 juin.) — Manouèlidès. De la salpingo-ovariotrepsie. (*Thèse de Lyon.*) — Smith. Hémorragie post-opératoire par chute de ligature après extirpation des trompes et des ovaires. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Ries. Le moignon tubaire après la salpingectomie. (*Cent. f. Gyn.*, 17 juil.) — Sassier. L'utérus après l'ablation des annexes, résultats éloignés. (*Thèse de Paris.*) — Kaufmann. Tuberculose du col utérin. (*Zeit. f. Geburst.*, XXXVII, p. 119.) — Legueu. Hernie congénitale de l'utérus et des annexes, imperforation du vagin. (*Soc. anat. Paris*, 9 avril.) — Dannenberg. De la rupture de l'utérus. (*Thèse de Berlin.*) — Heydrich. Rupture spontanée de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 22 mai.) — Kelber. Régénération des muscles de l'utérus après traumatisme. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Spelsberg. De l'extirpation vaginale totale. (*Thèse de Bonn.*) — Landau. Technique de l'extirpation abdominale totale de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 12 juin.) — Pichevin. De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. (*Semaine gyn.*, 8 juin.) — Hartmann. L'hystérectomie abdominale totale, technique opératoire, indications. (*Ann. de gyn.*, juil.) — Dériart. Technique de Routier pour l'hystérectomie totale. (*Ibid.*) — Richelot. L'hystérectomie abdominale totale. (*Ibid.*) — Noble. L'hystérectomie pour fibrome et pour inflammations des annexes en Amérique. (*Ibid.*) — Reynier. A propos de l'hystérectomie abdominale totale. (*Semaine gyn.*, 20 juil.)

Digitized by Google

— MOULONGUET. De l'hystérectomie vaginale, revue générale. (*Arch. prov. de Chir.*, VI, p. 273.) — MOULONGUET. Hystérectomie totale par voies combinées. (*Ibid.*, VI, p. 364.) — PERRY. Modification de la méthode de Doyen pour l'hystérectomie totale. (*Amer. j. of obst.*, août.) — BYFORD. De l'état actuel de l'hystérectomie vaginale. (*J. Americ. med. Ass.*, 24 avril.) — BATAILLE. Deux observations d'hystérectomie abdominale totale. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — LAMBOTTE. De la ligature dans la castration vaginale. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 mars.) — JACOBS. De la ligature dans la castration vaginale. (*Ibid.*, 15 avril.) — NOURRIT. Hystérectomie vaginale par morcellement. (*J. méd. Bordeaux*, 7 fév.) — HILLE. Cent cas d'extirpation vaginale totale. (*Thèse de Halle.*) — ARENDT. Des procédés de constriction dans l'opération vaginale radicale. (*Cent. f. Gyn.*, 8 mai.) — KLEIN. Sur les indications de l'amputation supravaginale de l'utérus. (*Münch. med. Woch.*, p. 256, 9 mars.) — TAENDLER. Des indications de l'amputation supra-vaginale de l'utérus, réponse à Klein. (*Ibid.*, p. 338, 30 mars.) — LAUWERS. Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré. (*Semaine gyn.*, 11 juin.) — KEHRER. Stérilisation par section de la trompe après section vaginale antérieure. (*Cent. f. Gyn.*, 7 août.) — THÉSÉE. Du décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie abdominale. (*Thèse de Paris.*) — WOLFFENSTEIN. De la colpopexie parasacrée. (*Thèse de Leipzig.*) — JONES. Laparotomie pour maladies utérines de 1879 à 1889. (*Amer. j. of obst.*, juil.) — MOELLER. Hypertrophie idiopathique de la portion vaginale de l'utérus. (*Finska läkar. handl.*, p. 700, 1896.) — COURTY, ROSSNER et MARS. Du traitement chirurgical de l'étroitesse excessive de l'orifice externe de l'utérus. (*Ann. de Gyn.*, avril) — BERTRAM. Inversion de l'utérus par des tumeurs. (*Thèse de Wurzbourg.*) — FISHER. Classification, étiologie et pathologie des déplacements de l'utérus en arrière. (*Med. News*, 24 avril.) — WAKEFIELD. Le traitement des rétrodéplacements de l'utérus. (*Med. Record*, 19 juin.) — FREUDENBERG. Symptomatologie et traitement de la rétroflexion utérine. (*Deut. med. Woch.*, 22 juil.) — PERNICE. De l'opération d'Alexander, de la rétroflexion utérine. (*Ibid.*, 13 mai.) — VINEBERG. La fixation vaginale des ligaments ronds pour les déplacements de l'utérus en arrière, 15 cas. (*Amer. j. of obst.*, juil.) — WALKER. Opération pour la chute complète de l'utérus et de la vessie. (*Med. News*, 3 juil.) — HEINRICH. De l'opération d'Alexander. (*Cent. f. Gyn.*, 3 juil.) — FRITSCH. Traitement de la rétroflexion. (*Ibid.*, 21 août.) — FALK. Electrothérapie dans le traitement de la rétroversion et flexion de l'utérus. (*Ibid.*, 29 mai.) — BŒCKEL. Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 4 mai.) — PICHEVIN. Amputation du col utérin exécutée suivant un procédé mixte et complétée par le raccourcissement et le redressement de la paroi antérieure de l'utérus. (*Semaine gyn.*, 18 mai.) — SPERLING. Rétrofixation du col par la colpocéliotomie postérieure, 7 cas. (*Cent. f. Gyn.*, 20 fév.) — LEWIS. Ventrofixation de l'utérus, grossesse consécutive. (*Australas. med. Gaz.*, 24 avril.) — AUDEBERT et BINAUD. Hystéropexie abdominale et grossesse. (*J. méd. Bordeaux*, 7 mars.) — BECK. Nouvelle méthode d'hystéropexie. (*Cent. f. Chir.*, 21 août.) — A. MARTIN. Danger des hystéropexies. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — COCQUELET. Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large. (*Thèse de Paris.*) — MEYER. Etiologie des myomes. (*Thèse de Halle.*) — HENTSCHEL. Statistique de myomes utérins. (*Thèse de Wurzbourg.*) — IWANOFF. Sur les adéno-myomes de l'utérus. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — PICK. Un nouveau type d'adénomyomes volumineux paraophoraux. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 117.) — MONOD. Polype utérin à apparitions intermittentes. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juil.) — PLATON. Observation d'un fibrome sous-muqueux de l'utérus. (*Marseille médic.*,

Digitized by Google

15 mars.) — Fraikin. Fibrome de l'utérus et albuminurie. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juil.) — Audebert. Tumeur expulsée spontanément de l'utérus et métrorragie consécutive. (*Ibid.*, 4 juill.) — Jacobs. Du fibrome utérin ; ses complications. (*La Policlin. Bruxelles*, 1er mars.) — Chadwick. Un cas de fibrome suppuré de l'utérus. (*Boston med. Journ.*, 29 avril.) — Pilliet. Corps jaune anormalement développé accompagnant un fibrome utérin. (*Soc. anat. Paris*, 30 avril.) — Fochier. Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement. (*Soc. obst. de France*, 22 avril.) — Findley. Myome utérin et utérus gravide. (*J. Amer. med. Ass.*, 3 avril.) — Chénieux. Fibromyome utérin, grossesse concomittante, hystérectomie abdominale supra vaginale. (*Limousin méd.*, juil.) — Planque. De la torsion des fibromes utérins. (*Thèse de Paris.*) — Tait. Le traitement moderne des myomes utérins. (*Brit. med. j.*, 27 mars.) — Bergonié. Fibrome utérin volumineux ayant considérablement diminué de volume à la suite d'un traitement par la faradisation. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 mars et *J. méd. Bordeaux*, 20 juin.) Haultain. Ponction électro-négative dans le traitement des fibromes utérins. (*Edinb. med. j.*, juin.) — Rechner. Du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins. (*Thèse de Paris.*) — Engstroem. Enucléation abdominale des myomes du corps utérin. (*Mon. f. Geburts*, V, 4.) — Lwow. Sur l'énucléation des myomes utérins par le vagin. (*Vratch*, 5 juin.) — Engström. Myomotomie par la voie abdominale. (*Finska läkar. handling.*, fév.) — Twombly. La myomectomie par voie vaginale. (*Boston med. journ.*, 20 mai.) — Rosenthal. Myome sous-muqueux, déchirure de l'utérus, cœliohystérectomie, guérison. (*Cent. f. Gyn.*, 11 mai.) — Le Moniet. La castration comme traitement des fibromes utérins. (*Bull. soc. scient. de l'Ouest*, VI, p. 136.) — Volbeding. L'hystérectomie totale pour myomes. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Richelot. L'hystérectomie abdominale totale contre les fibromes utérins. (*Rev. de Gyn.*, mars.) — Duncan. 18 cas d'hystérectomie intra-abdominale pour fibromes. (*Lancet*, 15 mai.) — Gannat. De l'hystérotomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de la cavité utérine. (*Thèse de Paris.*) — Demantke. De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes par le procédé de la ligature élastique perdue. (*Ibid.*) — Duret. L'hystérectomie abdominale totale doit-elle être toujours l'opération de choix dans la cure des fibromes utérins. (*Semaine gynéc.*, 20 avril.) — Kraemer. Etiologie du cancer en particulier de l'utérus. (*Thèse de Berlin.*) — Poschmann. Du sarcome utérin. (*Thèse de Halle.*) — Beck. Un cas de sarcome de la muqueuse du fond de l'utérus. (*Thèse de Tubingue.*) — Grape. Sarcome endothélial de l'utérus. (*Thèse de Greifswald.*) — Emanuel. Sarcome du segment inférieur de l'utérus. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er mars.) — Richardson. Quelques cas d'adénomes malins de l'utérus, du vagin et du rectum ; remarques sur le traitement chirurgical. (*Boston med. Journ.*, 29 avril.) — Savor. Psammocarcinome dans un polype du col. (*Cent. f. Gyn.*, 31 juil.) — Vitrac. Epithélioma primitif du corps de l'utérus. (*J. méd. Bordeaux*, 21 fév.) — Shoemaker. Cancer papillaire du corps de l'utérus. (*Amer. j. of obst.*, avril.) — Melone. Développement d'un cancer squirrheux sur la cicatrice trois ans après la ventrofixation. (*Ibid.*, mai.) — Ries. Papillome primitif et épithéliome primitif de la trompe de Fallope. (*J. Americ. med. Ass.*, 22 mai.) — Gellhorn. Le cancer des trompes. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 430.) — Bégouin. Cancer interstitiel du col de l'utérus avec prolongements épithéliaux dans le tissu musculaire du corps de l'organe. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Martin. Utérus avec déciduome malin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 155.) — Neumann. La môle vésiculaire et le déciduome malin. (*Wiener med. Woch.*, 24 juil.) — Monod et Chabry. Sur

Digitized by Google

un cas de déciduome malin. (*Rev. de Gyn.*, janv., p. 47.) — LEINZINGER. Un cas de conception après curetage d'un carcinome du col. (*Cent. f. Gyn.*, 8 mai.) — BELL. Traitement du cancer de l'utérus sans opération. (*Scottish med. j.*, juil.) — WINTER et SCHMITT. Traitement du cancer utérin par la chélidoine. (*Cent. f. Gyn.*, 10 juil.) — FREUDENBERG. Traitement du cancer inopérable de l'utérus. (*Ibid.*, 31 juillet.) — SUREAU. Du curetage comme traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin inopérable. (*Thèse de Bordeaux.*) — DUEHRSSEN. Traitement du cancer utérin dans la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 31 juil.) — ALTERTHUM. Ablation vaginale d'un utérus cancéreux au sixième mois de la grossesse. (*Ibid.*, 10 juil.) — POBEDINSKY. Sur le traitement du cancer du col pendant la grossesse et l'accouchement, deux observations. (*Ann. de Gyn.*, avril.) — PRYOR. Ligature transpéritonéale simultanée des deux artères iliaques internes pour récidive dans la cicatrice après hystérectomie vaginale pour cancer utérin. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — VITRAC. Deux hystérectomies vagino-abdominales de nécessité pour épithélioma primitif du corps de l'utérus, un cas d'épithélioma primitif à type dur. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 23 mai.) — FALK. Hystérectomie pour polype carcinomateux du col. (*Berl. klin. Woch.*, p. 36, 11 janv.) — HALL. L'hystérectomie vaginale pour tumeurs malignes. (*Med. News*, 17 juil.) — BOUILLY. Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. (*Bull. gén. de thérap.*, 28 fév. et *Semaine gyn.*, 11 mai.)

V

Vaccine. — KUBLER. La vaccination en Allemagne en 1894. (*Med. stat.*, *Mitth. Gesundheit*, IV, p. 93.) — HERVIEUX. Introduction de la vaccine en France. (*Bull. Acad. de méd.*, 16 fév.) — BROT. De l'immunité vaccinale et de la nécessité des revaccinations chez le vieillard. (*Thèse de Paris.*) — GILLET. Revaccinations et vaccine modifiée. (*Rev. mens. mal. inf.*, mai.) — CARTER. Des revaccinations. (*Lancet*, 12 juin.) — CHARRIN et DESGREZ. Influence de la vaccination sur l'élimination de l'urée et sur le mode de nutrition. (*Soc. de biol.*, 17 juill.) — V. WASIELEWSKI. Formes et colorations des cellules dans les inoculations vaccinales. (*Cent. f. Bakt.*, *1 Abth.*, XXI, p. 901.) — LANNOIS. Vaccinations chez les vieillards (72,5 0/0 de succès.) (*Lyon méd.*, 11 avril.) — DESCHAMPS. Vaccine confluente des deux joues. (*J. de clin. inf.*, 13 mai.) — JASIEWICZ. Durée de l'immunité vaccinale. (*Ibid.*, 29 juill.) — ROGER. Sur la durée de l'immunité vaccinale. (*Soc. de biol.*, 3 juill.) — BOSC et DELEZENNE. De l'immunité conférée par quelques substances anticoagulantes, de son mécanisme, excitation de la phagocytose. (*N. Montpellier med.*, 17 avril.) — SAVTCHENKO. Études sur l'immunité. (*Arch. russes de pathol.*, mars.)

Vagin. — GŒNNER. Les germes de la putréfaction existent-ils dans les sécrétions vaginales de la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 19 juin.) — STINI. Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale à tous les âges, état normal et état pathologique. (*Thèse de Paris.*) — BECKMANN. L'ulcère rond simple du vagin. (*Ann. de Gyn.*, mai.) — HUE. Imperforation du vagin. (*Normandie*

Digitized by Google

méd., 1er mai.) — PIERING. Un cas de rétrécissement du vagin par cautérisation à l'acide oxalique, tentative de suicide. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 872.) — WARMAN. Étiologie des ruptures du vagin dans le coït. (*Cent. f. Gyn.*, 19 juin.) — MAECLKLER. Traitement du prolapsus du vagin par des pessaires. (*Thèse de Kiel.*)

Vaisseau. — OLIVER. Action des extraits animaux sur les vaisseaux périphériques. (*Proceed. physiol. Soc.*, 20 mars.) — KLEMM. Des plaies des vaisseaux. (*Deut. med. Woch.*, 29 avril.) — BIZE. La suture des vaisseaux d'après Murphy. (*Presse méd.*, 28 juill.)

Variole. — LOP. La variole et la vaccine à Marseille. (*Rev. de méd.*, avril.) — DINGUIZLI. La variole en Tunisie. (*Thèse de Bordeaux.*) — BLIVET. La variole à l'hôpital d'Aubervillers en 1896. (*Thèse de Paris.*) — LOWNDES. De la variole, de la vaccination et revaccination. (*Lancet*, 31 juill.) — GLAIVE. Des varioles frustes. (*Thèse de Paris.*) — CHAUVAIN. De la tuberculose chez les variolisés. (*Ibid.*) — ORTEL. Étude de divers médicaments dans la variole. (*Thèse de Toulouse.*) — KOLBASENKO. L'ichtyol dans la variole. (*Vratch*, 27 mars.) — PÉRONNET. Du traitement de la variole par le traitement de Finsen, chambre rouge. (*Thèse de Paris.*)

Veine. — CENSIER. L'éréthisme veineux douloureux. (*Soc. méd. hôp.*, 14 mai.) — ROMARO. Pathologie de la veine cave ascendante. (*Gaz. d. Osp.*, 16 mai.) — O'CONOR. Traitement des varices. (*N.-York med. j.*, 1er mai.) — REMY. Du traitement chirurgical des varices. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mars.) — GARY. Du traitement chirurgical des varices. (*Thèse de Montpellier.*)

Venin. — BORDAS. Description anatomique et histologique des glandes à venin des insectes. (*Thèse de Paris.*)

Vessie. — RAFIN. Diverticulum vésical. (*Lyon méd.*, 2 mai.) — LJUNGGREEN. Vessie surnuméraire avec rétention d'urine. (*Nord. med. Arkiv*, VII, 9.) — ZINGALES. Sur le pouvoir absorbant de la vessie. (*Arch. di farmacol.*, p. 15, 1896.) — G. WINTER. De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères chez la femme. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVI, p. 497.) — FRANK. De l'infection de la vessie par les sondes. (*26e Cong. de chir. Berlin*, avril.) — GUÉPIN. Diagnostic de la cystite. (*J. des Praticiens*, 10 avril.) — TÉDENAT. Cystite douloureuse. (*N. Montpellier méd.*, 6 mars.) — GOUZONNET. De la cystite dans les maladies infectieuses. (*Thèse de Paris.*) — HAGGARD. La cystite chez la femme. (*J. Amer. med. Ass.*, 8 mai.) — BANZET. Traitement des cystites tuberculeuses. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — ESCAT. Sur le drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles. (*Ibid.*) — LOUMEAU. Ouverture chirurgicale de la vessie pour cystite douloureuse aiguë. (*Ann. policlin. Bordeaux*, juill.) — ECCLES. De l'hématurie. (*Brit. med. j.*, 5 juin.) — HAMEL. De l'hématurie essentielle. (*Thèse de Paris.*) — FLŒRSHEIM. Cystite et calculs vésicaux. (*J. des Praticiens*, 24 avril.) — POUSSON. Volumineux calcul vésical. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juill.) — HUÉ. Calcul vésical consécutif à un coup de feu. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — SUAREZ DE MENDOZA. Calcul enchatonné. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juill.) — PHÉLIP. Du profit de la voie périnéale pour tailler les calculeux, taille en large appareil périnéal. (*Lyon méd.*, 25 avril.) — DUCHASTELET. Un nouvel aspirateur des graviers. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — PERRIMOND. Des abcès pelviens spontanément ouverts dans la vessie chez la femme. (*Thèse de Lyon.*) — PARKER. Extraction par le lithotriteur d'un débri de cathéter après avoir broyé le calcul adhérent. (*Brit. med. j.*, 1er mai.) —

Digitized by Google

Percival. Rupture de la vessie, mort. (*Ibid.*, 22 mai.) — Petit. Large rupture extra-péritonéale de la vessie, guérison. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Pozza. Sur un cas de cystocèle. (*Gaz. d. Osp.*, 9 mai.) — Koch. Des cystocèles. (*Thèse de Fribourg.*) — Morin. De la cystocèle crurale. (*Thèse de Paris.*) — Delore. Autopsie d'une cystostomie pratiquée il y a 4 ans, urètre contre nature continent, mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale. (*Lyon méd.*, 4 juill.) — De Marsi. Procédé opératoire pour le traitement de la cystocèle vaginale. (*Bull. sc. med. Bologna*, VIII, avril.) — Crickx. Les hernies vésicales rencontrées au cours de la cure radicale des hernies inguinales. (*J. méd. Bruxelles*, 15 juill.) — Gibson. Expériences personnelles sur la hernie de la vessie. (*Med. Record*, 20 mars.) — Seytre. Du renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas compliquant la rétroversion de l'utérus gravide. (*Thèse de Lyon.*) — Tarver. Exstrophie de la vessie chez une fille de 13 ans ; intervention, guérison. (*Med. Record*, 10 juill.) — Tietze. Traitement chirurgical de l'exstrophie congénitale de la vessie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XVIII, p. 1.) — Racoriceanu-Pitresté. Procédé autoplastique pour l'exstrophie de la vessie. (*Rev. de chir. Bucarest*, mai.) — Murray. Opération pour l'extroversion de la vessie. (*Brit. med. j.*, 12 juin.) — Viannay. Papillome de la vessie, taille sus-pubienne. (*Lyon méd.*, 13 juin.) — Chismore. Nouveau procédé d'ablation de tumeurs polypoïdes de la vessie. (*J. of cut. dis.*, juill.) — Dahl. Du cancer primitif de la vessie. (*Thèse de Kiel.*) — Albarran. Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.)

Vomissement. — Meissl. Les vomissements nerveux. (*Cent. f. ges. Therap.*, août.) — Hayem. Vomissements dits nerveux d'origine réflexe à point de départ appendiculaire. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mars.) — Doumer. Traitement électrique des vomissements de la grossesse. (*Nord méd.*, 15 mai.)

Z

Zona. — Boulloche. Un cas de zona ophtalmique. (*Méd. mod.*, 12 mai.) — Hervé. Zona ophtalmique chez une tuberculeuse. (*J. méd. Bordeaux*, 20 juin.) — Alex. Haslund. Sur le zona, à propos d'un cas avec éruption généralisée. (*Nord. med. Arkiv*, VIII, 6.) — Clément. Zona et pneumonie. (*Thèse de Paris.*) — Lermoyez et Barozzi. A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien. Le démembrement de l'herpès du pharynx. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 fév.) — Haslund. Du zona. (*Nordiskt med. Arkiv*, VIII. 6.) — Chambard-Hénon. Zona guéri par l'application de salicylate de méthyle. (*Lyon méd.*, 27 juin.)

Xanthome. — Pollitzer. Nature du xanthome. (*J. of cut. dis.*, août.) — G. Tœpfer. Un cas de xanthome tubéreux diabétique. (*Arch. f. Derm.*, XL, p. 3.) — Geyer. Du xanthome tubéreux multiple. (*Ibid.*, p. 67.)

Digitized by Google

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

L'Hygiène du neurasthénique, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. (Un volume in-16 de la *Bibliothèque d'hygiène thérapeutique*, cartonné, toile souple, tranches rouges.) — Prix : 4 francs.

La cure d'altitude, par le Dr Paul Regnard, membre de l'Académie de médecine. (Un volume grand in-8° de 436 pages, avec 110 figures dans le texte et 29 planches hors texte, relié toile, à biseaux.) — Prix : 15 francs.

Leçons sur les bactéries pathogènes faites à l'Hôtel-Dieu (annexe), par P. Duflocq. (Un volume grand in-8° de 685 pages.) — Prix : 10 francs.

Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses, par le Dr F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.)* — Prix : broché, 2 fr. 50.

Les artérites et les scléroses, par le Dr A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. (Petit in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.)* — Prix : broché, 2 fr. 50.

Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de MM. J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades; J. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et A.-B. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux. (5 volumes grand in-8° avec figures dans le texte, en souscription.) — Prix : 90 francs.

Précis de bactériologie clinique, par R. Wurtz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition. (Un volume in-16 dia-

Digitized by Google

mant, avec tableaux synoptiques et figures dans le texte, cartonné à l'anglaise tranches rouges.) — Prix : 6 francs.

Librairie **J.-B. Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Broussais. (10 volumes in-8° de 810 pages chacun, illustrés de figures.) — Prix de chaque volume : 12 francs.

Tome IV. *Maladies du tube digestif*. (Un volume grand in-8° de 882 pages, avec figures.) — Prix : 12 francs.

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Avec la collaboration de MM. Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclaire, Morestin, Nimier, Pichevin, Picard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson, Villar. Tome IV. (10 volumes in-8° de 800 pages chacun illustrés de figures.) — Prix de chaque volume : 12 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

La femme aux trois grandes périodes de sa vie : puberté, union sexuelle, ménopause. — La puberté chez la femme : Étude physiologique, clinique et thérapeutique, par les Drs Ch. Barbaud et Ch. Lefèvre. (Un volume in-18.) — Prix : 4 francs.

Annuaire des eaux minérales (stations climatiques, sanatoria, établissements hydrothérapiques et bains de mer, France et Etranger), publié par la Gazette des Eaux, 1, rue Bausset, Paris.

Hygiène de l'oreille et des sourds, par le Dr Gelineau (1 volume in-18, reliure souple). — Prix 3 francs.

La Formule médicale, principes généraux de pharmacologie sur lesquelles reposent sa rédaction et son exécution, par Edmond Dupuy, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse (1 volume in-18, reliure souple). — Prix 4 francs.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'École-de-Médecine, Paris.

Formulaire clinique d'électrothérapie spéciale et appliquée avec un aperçu d'électro-diagnostic, par le Dr A. Massy, ex-chef adjoint de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, etc.

Digitized by Google

Librairie **Alex. Cocoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

De l'habitation dans le département de l'Oise, son hygiène, par M. G. Baudran, secrétaire du Conseil central d'hygiène.

Lewis, 136, Gower Street, Londres.

Practical muscle testing and the treatment of muscular atrophies, by S. Hedley. (With illustrations.)

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 4, rue du Bouloi (Cl.) 4.10.97.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07030 4491

Digitized by Google

Digitized by Google